Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Nerven- und Geisteskrankheiten
Begründet von
Direktor Dr. med. **Konrad Alt**, Uchtspringe (Altmark).
In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes
herausgegeben von
Prof. Dr. **A. Hoche**, Freiburg i. Br.
VI. Band, Heft 2/3.

Über chronische Alkoholpsychosen.

Von

Dr. Paul Schröder,
1. Assistent der Kgl. psychiatrischen Klinik zu Breslau.

Alle Rechte vorbehalten.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
LIBRARY

Halle a. S.
Verlag von Carl Marhold
1905.

Abonnements-Preis für 1 Band = 8 Hefte 8 Mark.
Einzelpreis dieses Heftes Mk. 1,80.

Verlagsbuchhandlung Carl Marhold in Halle a. S.

In meinem Vorlage erscheinen fortlaufend:

Juristisch-psychiatrische Grenzfragen.

Zwanglose Abhandlungen.

Herausgegeben von

Professor Dr. jur. A. Finger, Halle a. S.
Professor Dr. med. A. Hoche, Freiburg i. Br.
Oberarzt Dr. med. Joh. Bresler, Lublinitz i. Schles.

Abonnementspreis für 1 Band = 8 Hefte 6 Mark.

Inhalt des ersten Bandes:

Heft 1. **Schultze**, Prof. Dr. **Ernst** in Bonn. Die Stellungnahme des Reichsgerichts zur Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche und zur Pflegschaft nebst kritischen Bemerkungen. Einzelpreis M. 1,—.

„ 2/3. **Görres**, Dr. **Karl Heinrich**, Rechtsanwalt in Karlsruhe i. B. Der Wahrspruch der Geschworenen und seine psychologischen Grundlagen. Einzelpreis M. 2,—.

„ 4. **Endemann**, Prof. Dr. jur. **Friedr.** in Halle a. S. Die Entmündigung wegen Trunksucht und das Zwangsheilungsverfahren wegen Trunkfälligkeit. Bisherige Erfahrungen. Gesetzgeberische Vorschläge. Einzelpreis M. 1,50.

„ 5/7. **Schaefer**, Sanitätsrat Dr. **Fr.** in Lengerich i. W. Die Aufgaben der Gesetzgebung hinsichtlich der Trunksüchtigen nebst einer Zusammenstellung bestehender und vorgeschlagener Gesetze des Auslandes und Inlandes. Einzelpreis M. 3,—.

„ 8. **Hoche**, Prof. Dr. **A.** in Freiburg i. Br. Zur Frage der Zeugnisfähigkeit geistig abnormer Personen. Mit einigen Bemerkungen dazu von Prof. Dr. A. Finger in Halle a. S. — **Frankenburger**, Justizrat Dr. in München. Aus der Praxis des Lebens. Einzelpreis M. 0,80.

Vom zweiten Bande erschien bisher:

Heft 1/2. Vorträge, gehalten auf der Versammlung von Juristen und Ärzten in Stuttgart 1903. Einzelpreis M. 2,40.

„ 3/5. **Stier**, Dr. **Ewald** in Berlin. Fahnenflucht und unerlaubte Entfernung. Eine psychologische, psychiatrische und militärrechtliche Studie Einzelpreis M. 3,—.

„ 6. **Mittermaier**, Prof. in Giessen. Die Reform des Verfahrens im Strafprozess. — **Sommer**, Prof. in Giessen. Die Forschungen zur Psychologie der Aussage. Vorträge, gehalten zur Eröffnungsversammlung der Vereinigung für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie im Grossherzogtum Hessen am 5. November 1904 zu Giessen. Einzelpreis M. 1,20.

Im Druck:

Die Geistesschwäche als Entmündigungsgrund 2 Vorträge. Von Dr. med. Cameror in Winnenthal und Oberlandesgerichtsrat Landauer in Stuttgart.

In Vorbereitung:

Das Geständnis in Strafsachen. Von Dr. jur. Ernst Lohsing.

Die **juristisch-psychiatrischen Grenzfragen** erscheinen in zwangloser Folge in jedesmal in sich abgeschlossenen Heften und zum **Abonnementspreis von nur Mk. 6,— pro Band = 8 Hefte.** Einzelne Hefte sind zu einem etwas erhöhten Preise erhältlich.

Über

chronische Alkoholpsychosen.

Von

Dr. Paul Schröder,
I. Assistent der Kgl. psychiatrischen Klinik zu Breslau.

Alle Rechte vorbehalten.

Halle a. S.
Verlag von Carl Marhold.
1905.

Sammlung
zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der

Nerven- und Geisteskrankheiten.

Begründet von
Direktor Dr. med. Konrad Alt,
Uchtspringe (Altmark).

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes

unter ständiger Mitwirkung

der Herren Prof. Dr. Anton in Graz, Prof. Dr. Aschaffenburg in Köln Geh. Rat Dr. Binswanger in Jena, Prof. Dr. Bruns in Hannover Prof. Dr. Cramer in Göttingen, Hofrat Prof. Dr. Fürstner in Strassburg Prof. Dr. Goldscheider in Berlin, Prof. und Direktor Dr. Kirchhoff in Neustadt (Holstein), Medizinalrat Dr. Krömer in Conradstein, Nervenarzt Dr. Laquer in Frankfurt a. M., Medizinalrat Dr. Mayser in Hildburghausen, Dr. P. J. Möbius in Leipzig, Med.-Rat Dr. Näcke in Hubertusburg, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Prof. Dr. Pick in Prag, Direktor Dr. H. Schlöss in Kierling-Gugging b. Wien, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtspringe, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Prof. Dr. Schultze in Greifswald, Geh. Med.-Rat Dr. Siemens in Lauenburg, Geh. Rat Dr. von Strümpell in Breslau, Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. von Wagner in Wien, Nervenarzt Dr. M. Weil in Stuttgart, Sanitätsrat Dr. Wildermuth in Stuttgart, Prof. Dr. Windscheid in Leipzig, Direktor Dr. Wulff in Oldenburg i. Gr., Prof. Dr. Ziehen in Berlin

herausgegeben von

Professor Dr. **A. Hoche,**
Freiburg i. Br.

Band VI, Heft 2/3.

I.

Wir wissen, dass bei fortgesetztem Alkoholmissbrauch sich häufig Störungen einstellen, für deren Gesamtheit Magnus Huss den Namen chronischer Alkoholismus eingeführt hat. Wir wissen ferner, dass auf dem Boden dieses chronischen Alkoholismus bei einer beträchtlichen Anzahl von Individuen akute Geistesstörungen zum Ausbruch kommen; das sind einmal das seit langem den Psychiatern geläufige Delirium tremens und zweitens die wenigstens in ihren Hauptzügen auch bereits seit der Mitte vorigen Jahrhunderts bekannte akute Halluzinose der Trinker (akute Alkohol-Paranoia, akuter halluzinatorischer Wahnsinn der Trinker). Beide werden als akute Episoden im Verlauf eines chronischen Intoxikationsprozesses aufgefasst. Auf die enge klinische Verwandtschaft zwischen beiden, sowie beider mit anderen akuten Krankheitszuständen auf dem Boden des chronischen Alkoholismus (Neuritiden. sog. akute hämorrhagische Poliencephalitis superior [Wernicke]) ist von Bonhoeffer hingewiesen worden.

Delirium tremens und akute Halluzinose gehören dank ihrer relativ einfachen Symptomatologie und ihres leicht zu übersehenden Verlaufes zu den uns am besten bekannten und am wenigsten strittigen Krankheitsbildern in der klinischen Psychiatrie.

Neben diesen beiden Erkrankungen, die mit der Mehrzahl der akuten Störungen bei Alkoholisten die günstige Prognose gemeinsam haben, werden nun in den psychiatrischen Lehrbüchern und in der Spezialliteratur über den Gegenstand von altersher eine Menge von anderen Krankheitsbildern als durch Alkoholmissbrauch bedingt beschrieben, die sich durch schleichende Entwicklung oder ungünstigen Verlauf auszeichnen. Eine auch

nur oberflächliche Sichtung des niedergelegten Materiales lehrt ohne weiteres, dass von den verschiedenen Autoren sehr verschiedenartiges geschildert worden ist, sodass von einer weitgehenden Einheit in der Auffassung, wie sie beim Delir und bei der Halluzinose herrscht, keine Rede sein kann. Für die Gesamtheit dieser Erkrankungen ist im folgenden der Name „chronische Alkoholpsychosen" gewählt worden. Der Begriff des chronischen ergibt sich als vorläufiger, wenig präsumierender ohne weiteres aus der Gegenüberstellung gegen die beiden ausgesprochen akuten Symptomenbilder des Deliriums tremens und der Halluzinose; es soll dabei zunächst die Frage nach der Abgrenzung der chronischen Psychosen von den Defektzuständen sowie von den Fällen mit einfachen Residuen aus akuteren Zeiten ausser Betracht bleiben. —

Der Begriff Alkoholpsychose ist ein ätiologischer. Die Ätiologie der psychischen Erkrankungen ist ein Kapitel, das zu den schwierigsten unserer Disziplin gehört. Das hat seinen Hauptgrund wohl darin, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die „äusseren" Ursachen sich in einer für uns vorläufig nicht entwirrbaren Weise mit „inneren" vermischen, und dass unsere Kenntnisse über die letzteren ausserordentlich dürftig sind. Die Anwendung des Satzes: gleiche Ursachen gleiche Wirkungen, wird, da wir von den Ursachen meist nur die äusseren kennen, erheblich erschwert.

Zu den bestgekannten ätiologischen Faktoren psychischer Erkrankungen gehören die Vergiftungen, und unter ihnen steht ihrer praktischen Wichtigkeit wegen obenan diejenige mit Alkohol. Nun sind es nicht die einmaligen akuten, sondern vielmehr die oft wiederholten oder chronischen Vergiftungen, die das Hauptinteresse der Irrenärzte in Anspruch nehmen. Dadurch wird bereits die Frage nach der ätiologischen Bedeutung des Giftes für die nach seiner Aufnahme zu beobachtenden krankhaften Zustände erschwert. Eine besondere Schwierigkeit erwächst aber der Beurteilung des chronischen Missbrauches von Alkohol als ätiologischen Momentes aus dem subjektiven Faktor, welcher in seinem Wesen als Genussmittel liegt. Es erhebt sich sofort die schwierige aber bedeutungsvolle Frage, wer wird Alkoholist, wer wird zum chronischen Trinker,

mit anderen Worten, wer ist ausserstande, dem abusus spirituosorum zu entsagen, wenn er sich einmal an denselben gewöhnt hat? Dass unter den Trinkern zum mindesten ein sehr grosser Prozentsatz pathologischer oder erblich mit Geisteskrankheiten und Trunksucht belasteter Individuen sich befindet, ist eine bekannte und allgemein anerkannte Tatsache.

Eine weitere Frage, über welche wir vorläufig nur sehr wenig wissen, ist: welche chronischen Alkoholisten bekommen infolge ihres Alkoholmissbrauches Psychosen, oder welche weiteren Umstände müssen hinzukommen, damit bestimmte psychotische Erscheinungen zu Tage treten?

Dass das Delirium tremens und die akute Halluzinose der Trinker alkoholistische Störungen im gewöhnlichen Sinne des Wortes sind. wird wohl allgemein angenommen, und doch sind auch hier bei genauerem Zusehen die Beziehungen zwischen dem ätiologischen Faktor (fortgesetzter Alkoholmissbrauch) und den Erkrankungen keine ganz einfachen: „nur ein gewisser Teil der Säufer, und zwar kein besonders grosser, erkrankt einmal im Leben oder öfter an Delirium tremens. Es genügt also nicht chronischer Alkoholismus allein, um diese Krankheit hervorzurufen.“ (Döllken). „Das Studium dieser Krankheitsbilder führt wenigstens für einen Teil derselben notwendig zu der Annahme, dass zwischen Ausbruch der Psychose und der chronischen Vergiftung noch ein ätiologisches Zwischenglied liegen muss, über dessen Charakter wir im wesentlichen auf Hypothesen angewiesen sind“ (Bonhoeffer). Flechsig weist vor allem auf die individuelle Praedisposition der Deliranten hin, Bonhoeffer vermutet, „dass ein durch die chronische Gewebsschädigung des Intestinaltraktus irgendwo sich bildendes Gift, das bei sonst normaler Funktion durch die Lungen zur Ausscheidung kommt, durch Störungen des Atmungsapparates — bezw. des Gaswechsels — an der Ausscheidung verhindert wird und nun als Intoxikationserscheinung den eigentümlichen Symptomenkomplex des Delirium tremens hervorruft“. Für die akute Halluzinose nimmt Bonhoeffer an, dass ihr dieselbe Noxe wie beim Delirium tremens zu Grunde liegt, und dass sie nur die spezifische Reaktionsform solcher Alkoholisten darstellt,

deren akustisches Wahrnehmungs- und Vorstellungsgebiet infolge individueller Veranlagung besonders erregbar ist.

Diese Bemerkungen genügen für den Hinweis, dass selbst bei den uns gut bekannten akuten Symptomenkomplexen auf dem Boden des chronischen Alkoholismus die ätiologischen Verhältnisse nicht so einfach und klar liegen, wie es auf den ersten Blick erscheinen möchte. „Ätiologische Zwischenglieder" und „innere Ursachen" spielen bei ihrem Zustandekommen wahrscheinlich neben dem Alkoholmissbrauch eine Rolle, über deren Bedeutung wir noch fast ganz im unklaren sind. Wir laufen bei dem heutigen Stande unserer Kenntnisse von den Ursachen des Irreseins stets Gefahr, Fehler zu begehen durch das Übersehen anderer ätiologischer Faktoren und durch das Überschätzen eines einzelnen, uns zufällig bekannten ursächlichen Momentes. Schützen vor falschen Schlüssen kann uns nur der Vergleich einer möglichst grossen Reihe gleicher Erkrankungsformen, mit anderen Worten die eingehende klinische Beobachtung, da uns einmal experimentelle Untersuchungen, wie sie andere Disziplinen anzuwenden in der Lage sind, z. Z. nicht zu Gebote stehen, und uns andererseits eine pathologische Anatomie noch fast völlig fehlt. Dass die Fehlerquellen für die Entscheidung des post und propter hoc beim chronischen Alkoholismus besonders grosse sind, liegt in dem Umstande, dass vielfache Wechselbeziehungen zwischen Geisteskrankheit und Alkoholismus bestehen, und dass stets an die Summierung beider gedacht werden muss. Die Gefahr, zuviel unter dem Namen alkoholistische Psychose zu bringen, besteht wahrscheinlich für die chronischen Zustände in noch höherem Grade als für die akuten. In vielen Fällen wird man sich damit begnügen müssen, einen bestimmten ätiologischen Faktor neben anderen als den wichtigsten oder hauptsächlichsten zu bezeichnen; damit ist aber für eine Klassifizierung wenig gewonnen und es wird der Willkür in der Benennung und Auffassung weiter Spielraum gelassen. Die Konsequenz aus diesen Bedenken zieht Wernicke, wenn er sich dahin äussert, „dass die ätiologische Betrachtung nur dann einen Nutzen gewährt, wenn wir sie von der klinischen Begriffsbestimmung der verschiedenen Psychosen streng trennen". Er lehrt, dass die gleiche Ätiologie verschiedene Psychosen hervorrufen,

und umgekehrt, dass gleiche Krankheitsbilder durch verschiedene Ursachen ausgelöst werden können. Dabei ist allerdings zu bemerken, dass Wernicke im Gegensatz zu anderen Klinikern für die Abgrenzung von einzelnen „Psychosen" vorwiegend die Symptomatologie verwertet, und andere Hülfsmittel, wie gesetzmässigen Ablauf und Ausgang, nur in beschränktem Maße heranzieht; für ihn ist selbst die progressive Paralyse nur eine ätiologische Zusammenfassung von sonst untereinander sehr verschiedenen Psychosen.

Wenn wir an die Möglichkeit einer Weiterentwicklung der Psychiatrie in dem Sinne glauben, wie es Kahlbaum praezisiert hat, und wie es Kraepelin heute schon allgemein durchzuführen versucht, so können wir den Wernicke'schen Standpunkt nur als einen vorläufig berechtigten anerkennen. Es wird sich später vielleicht herausstellen, dass Symptomenkomplexe, die wir heute noch als identisch ansehen müssen, weitgehende Verschiedenheiten besitzen, dass uns wesentliche Unterscheidungsmerkmale heute noch entgehen, dass wir unwesentliches für wesentliches halten, vor allem aber, dass unsere Anschauungen über Ätiologie ganz ungenügende sind. Die Schwierigkeit, die ätiologische Betrachtungsweise schon jetzt mit der klinischen in Einklang zu bringen, liegt sicherlich nicht im Wesen der Sache begründet, sondern in dem Mangel unserer Kenntnisse sowohl von den Ursachen wie von den Erscheinungsformen der Geisteskrankheiten. —

Über die allgemeine Frage, welche Krankheitsformen als alkoholistische anzusehen sind, gehen bei den verschiedenen Autoren die Ansichten weit auseinander. Nach Nasse kommen als Folge des Alkoholismus am häufigsten „die gewöhnlichen Symptomenkomplexe der Manie, der Melancholie und allgemeinen Paralyse, sowie die sekundären Störungen in den chronischen Formen des Schwach- und Blödsinns" vor. Auf etwa dem gleichen Standpunkte steht A. Cramer, welcher der Ansicht ist, „dass die alkoholischen Seelenstörungen kaum Zustandsbilder bieten, die nicht bei ohne Einfluss des Alkohol entstandenen Psychosen auch vorkämen". E. Meyer lehrt: „Der chronische Alkoholmissbrauch vermag an sich jeder Form geistiger Störung als ausschliessliche Ursache zu dienen", er „kann jede Form der

Geisteskrankheiten hervorrufen". Roubinovitsch hat unter dem Einfluss des Alkoholismus die verschiedensten Psychosen ausbrechen sehen, die nichts spezifisches haben. Demgegenüber raten andere Autoren (u. a. Dagonet, Brody de Lamotte, Kirchhoff, auch Schüle und namentlich v. Speyr) zur Vorsicht bei der Anwendung der Bezeichnung Alkoholpsychose. Den extremsten Standpunkt nimmt Bonhoeffer ein, der dazu neigt, vorläufig an der rein alkoholischen Ätiologie aller Fälle zu zweifeln, die über den Rahmen der von ihm scharf umschriebenen Typen hinausgehen.

Einen der Hauptgründe für diese weitgehende Verschiedenheit in der Auffassung werden wir ohne weiteres in der Verschiedenheit zu suchen haben, mit welcher die einzelnen Autoren den Begriff Ätiologie präzisieren. Dem einen genügt das Vorhandensein des fortgesetzten Alkoholmissbrauches oder das gleichzeitige Bestehen zweifellos alkoholisch bedingter Störungen, der andere behält fortgesetzt die Schwierigkeiten im Auge, die sich uns heute noch bei allen Versuchen entgegenstellen, bestimmte Krankheitsformen auf bestimmte Ursachen zurückzuführen, Schwierigkeiten, die, wie die Erfahrung lehrt, ganz besonders gross sind im Gebiet des Alkoholismus. Dass „nicht jede bei einem Gewohnheitstrinker entstandene Geistesstörung eine alkoholische" ist, darüber sind sich wohl alle einig, die Differenzen sind vorwiegend gradueller Art.

Bei einer erheblichen Anzahl von Trinkern kommt es im Laufe der Zeit zu einem psychischen Defektzustand, dessen charakteristische Züge von den Autoren in ziemlich übereinstimmender Weise geschildert werden. Nach Kraepelin kennzeichnen ihn: Verarmung des Vorstellungsschatzes, Einengung des Gesichtskreises, Abnahme der Urteilsfähigkeit, Gedächtnisstörungen und Erinnerungsfälschungen, ferner sittliche Verrohung, erhöhtes Selbstgefühl, Uneinsichtigkeit, Reizbarkeit und humoristische Stimmung. Daneben kommen, auch ohne ausgesprochene Delirien oder Halluzinosen, vereinzelte Halluzinationen und Angstzustände, ferner namentlich wahnhafte Eifersuchtsideen und auf dem Boden von Misstrauen und Egoismus diffuse Beeinträchtigungsideen vor. All diese Wahnideen pflegen nach Erzwingung der Abstinenz rasch zu verschwinden, um

bei erneuten Exzessen in dieser oder jener Form wieder zu erscheinen. Cololian, ein Schüler Magnan's, hat diese Fälle eingehender beschrieben und reiht sie als eine klinische Varietät unter das „Delire de persécution" ein; er unterscheidet dabei anscheinend nicht scharf zwischen passageren akuten Halluzinosen und protrahirteren Zuständen mit Wahnbildungen. Die Hauptursache für die Entwicklung des Wahnes sieht er in der hereditären Prädisposition der Kranken; bei den nicht Degenerierten muss der Alkohol sich selber erst allmählich die pathologische Grundlage schaffen. Seine Mitteilungen aus den Krankengeschichten sind zu kurz, als dass es möglich wäre, sich über alle Fälle ein klares Bild zu machen. Scholz bezeichnet als „chronisch alkoholistisches Irresein" eine „Weiterentwicklung der als chronischer Alkoholismus gekennzeichneten Neurose".

Von diesen Fällen, die allerdings in mancher Beziehung, namentlich auch in ätiologischer, der Bearbeitung bedürfen, soll im folgenden nur noch gelegentlich die Rede sein, da sie nicht als chronische Psychosen im eigentlichen Sinne aufzufassen sind, sondern als eine Aneinanderreihung psychotischer, meist rasch und mehr oder weniger vollständig abklingender Symptomenkomplexe, die jedesmal durch erneuten Alkoholmissbrauch ausgelöst werden.

Es ist ferner nicht in den Kreis der Betrachtungen hineingezogen worden die Korsakowsche Psychose und der isolierte Eifersuchtswahn der Trinker.

II.

Die grosse Mehrzahl der in der Literatur als chronische Geistesstörungen bei Trinkern beschriebenen Erkrankungen lässt sich leicht in zwei Gruppen teilen. Die eine wurde wegen des Bestehens geistiger Schwäche bei gleichzeitigem Vorhandensein nervöser Lähmungserscheinungen mit der progressiven Paralyse in Verbindung gebracht, die andere wegen des Vorherrschens von Wahnideen der Paranoia, oder neuerdings den paranoiden Erkrankungen angegliedert.

Die Entwicklungsgeschichte beider Gruppen ist eine verschiedene gewesen. Die Ansichten über die „Alkoholparalyse" haben sich allmählich geklärt, dank der Fortschritte, die unsere Kenntnisse von der echten Paralyse in klinischer und vor allem auch in anatomischer Hinsicht gemacht haben. Von der „Alkoholparanoia" gilt das nur sehr viel weniger.

Über die Beziehungen zwischen Alkohol und Paralyse sind im Verlauf weniger Jahrzehnte sehr verschiedenartige Ansichten laut geworden. Der Schwerpunkt der Fragestellung hat sich dabei wiederholt nicht unwesentlich verschoben.

Magnan lehrt (1874), dass chronischer Alkoholismus ausser in Demenz auch in progressive Paralyse übergehen kann; anatomisch denkt er sich den Vorgang so, dass sich zur chronischen Entzündung der Leber, der Nieren und des Herzens eine chronische Entzündung der Häute und des interstitiellen Gewebes des Gehirns (Paralyse) gesellt. Die 4 Fälle, die er als Beleg für seine Lehre anführt, würden wir, soweit sich das aus den mitgeteilten Krankengeschichten beurteilen lässt, wohl auch heute als echte Paralysen ansprechen, Paralysen bei Trinkern; ein dritter Patient hatte drei, der vierte ein Delirium tremens durchgemacht. Dass daneben symptomatische Trunksucht im

Beginn nicht alkoholisch bedingter Paralysen vorkommt, ist Magnan bekannt,

Noch präziser drückt sich im gleichen Sinne Drouet aus: chronischer Alkoholismus und progressive Paralyse sind nur zwei Namen für ein und dieselbe Krankheit; die paralytischen Erscheinungen sind das Summum in der Intensität des Leidens; Paralyse ist nur ein Symptom, Alkoholismus eine Ätiologie. Er führt Bayle mit dem Satze an: „Trunkenheit, welche permanent wird, ist nichts anderes als paralytische Geistesstörung".

Denselben Standpunkt hatte schon vorher Marcé vertreten (1862): Die progressive Paralyse alkoholischen Ursprungs unterscheidet sich, wenn sie einmal voll entwickelt ist, in nichts von der gewöhnlichen; nur in ihrem Vorstadium zeigt sie besondere Züge; die Nüanzen im Krankheitsbilde genügen aber nicht, um eine besondere Art zu konstituiren. Bei der Autopsie finden sich in beiden Fällen genau die gleichen Veränderungen.

Gambus, ein Schüler Magnan's schreibt ebenso: Die alkoholische Paralyse unterscheidet sich in nichts von der gewöhnlichen. Er führt als weitere Gewährsleute für diese Lehre u. a. Marcel an, ferner Contesse, welcher die Ansicht ausspricht, dass die Paralyse gewissermaßen einen natürlichen Ausgang des Alkoholismus darstelle; ca. 10% aller Alkoholiker würden Paralytiker.

Gegen diese Magnan'sche Lehre, welche in einer erheblichen Anzahl von Fällen echter Paralyse nur den Ausdruck einer Steigerung des Prozesses sieht, der dem chronischen Alkoholismus zugrunde liegt, wurden, auch in Frankreich, bald Stimmen laut.

Camuset hebt hervor, dass allerdings der chronische Alkoholismus in bestimmten Stadien symptomatisch ganz mit der Paralyse übereinstimmen kann, sodass die Differentialdiagnose momentan unmöglich sein könne; aber trotzdem sind beide nicht wesensgleich, sondern zwei völlig verschiedene „entités": er fügt hinzu, dass die Paralyse zahlreiche Ursachen habe, und dass eine der wichtigsten, aber keineswegs die einzige, der Alkohol sei; eine manifestation syphilitique stelle sie nicht dar.

Régis steht auf demselben Standpunkte, er spricht — wie übrigens auch Camuset — von Pseudoparalysie alcoolique und fasst diese als eine funktionelle Störung auf im Gegensatz zu der organisch bedingten echten Paralyse. Jedoch lässt die Beobachtung, die er mitteilt, erkennen, dass er wahrscheinlich ganz andere Fälle im Auge hatte wie Magnan. Sein Patient ist ein 57 jähriger Potator mit hochgradiger Arteriosklerose, der zweimal kurz nach einander mit den Zeichen einer paralytischen Manie erkrankte und beide male sich rasch besserte; er wurde das erste mal geheilt entlassen, das zweite mal trat nach der Besserung Tod an Pachymeningitis hämorrhagica ein. Die Sektion ergab niederes Hirngewicht (1088 gr), eine Haemorrhagie in den Arachnoidealsack, sehr starke allgemeine Arteriosklerose der basalen Gefässe, aber keine Anhaltspunkte für Paralyse.

Voisin führt ähnliche Fälle mit blühenden ganz paralytisch aussehenden Grössenideen bei Trinkern an. Seine Krankengeschichten sind leider zu kurz. Auch er bestreitet, dass der anatomische Befund der gleiche sei wie bei Paralyse.

In Deutschland war der Ausgangspunkt für die Alkoholparalysefrage der Befund der gefürchteten paralytischen Einzelsymptome bei Trinkern. Nach Dörr war Fr. Hoffmann der erste, der darauf hinwies, dass es eine pseudoparalytische Geisteskrankheit gibt, die durch Missbrauch des Alkohols hervorgerufen wird. Dann warnte Brosius vor einer voreiligen Diagnose der Paralyse und führte an, dass nach Exzessen in Baccho Fälle vorkommen, die der Paralyse ähnlich sind, aber ganz anders verlaufen. Nasse wählte für diese den Namen Pseudoparalysis e potu. Dörr, ein Schüler Nasse's, führte weiter aus, dass diese Fälle zur Paralyse gehören; er steht auf dem damals von Krafft-Ebing vertretenen Standpunkt, dass die Paralyse ein klinischer Sammelbegriff sei für verwandte, aber anatomisch wie klinisch, und wahrscheinlich auch ätiologisch zu trennende Krankheitszustände; eine von solchen Gruppen bilden nach seiner Meinung die alkoholisch bedingten Formen, denen nach ihrem Verlauf und ihrer Prognose eine Sonderstellung einzuräumen ist.

Von Dörr's Fällen ist der zweite ein schwerer Potator, der früher häufig delirante Zustände, epileptiforme Anfälle und tob-

süchtige Erregungen durchgemacht hat; R Pu. > L, Zunge nach R, Tremor, Sprachstörung. In der Anstalt abermals epileptiformer Anfall, danach kurze ängstliche Erregung. Nach etwa 7 Wochen weitgehend gebessert entlassen.

Fall III ist mit Arteriosklerose (zwei apoplektische Insulte) und wahrscheinlich auch Neuritis kompliziert. Schon seit vielen Jahren Charakterveränderungen, dann rascher geistiger Verfall. In der Anstalt Decubitus, Othaematom; nach 5 Monaten Besserung. Am Schluss der Beobachtung ($^3/_4$ J. nach der Aufnahme): heiter, zufrieden, dement.

VI ist ein 53jähr. Potator, der schon seit einigen Jahren verändert, gedächtnisschwach ist. Verlor auf einer Fahrt plötzlich „jegliches Orientierungsvermögen". Danach blöde, stumpf; Nachschleifen des R. Beines, Facialisschwäche L. Unruhe, Vergesslichkeit, Verkennungen. Erst nach 3 Jahren weitere Progression: körperlicher Verfall und Verblödung. Sprache kaum verständlich, Sehnenreflexe erhöht. Exitus etwa 4 J. nach Beginn. Bei Sektion Arteriosklerose, alte Pachymeningitis haem., chronische Leptomeningitis, Atrophie (L > R); im Rückenmark fleckweise (nicht strangförmige) Degenerationen in den Hinter- und Seitensträngen.

IV erkrankte unter dem typischen Bilde einer paralytischen Manie: keine sicheren körperlichen Lähmungserscheinungen. Nach 1 J. Besserung mit Verschwinden der Grössenideen wie der körperlichen Symptome, volle Krankheitseinsicht. $^1/_2$ J. später Rückfall; trophische Störungen, Demenz. Schluss der Beobachtung 1 J. nach der abermaligen Verschlimmerung.

Fall V, ein Säufer mit einer auf Lues sehr verdächtigen Anamnese, bot gleichfalls das Bild der paralytischen Manie dar, befand sich aber zur Zeit der Publikation in einem Zustande der Besserung. — Nach einer Mitteilung, die ich der Direktion der Bonner Anstalt verdanke, hat die Krankheit sich weiter im Sinne der Paralyse entwickelt; Anfälle, Sprach- und Schriftstörungen, blühende unsinnige Grössenideen, Schmieren, Decubitus usw.; Pat. ist 4 J. später gestorben; nach dem Sektionsbefund ist kaum etwas anderes als Paralyse anzunehmen.

Fall I, ein 29 jähr. Lehrer, scheint mir nach der Krankengeschichte ganz anderer Art zu sein; es handelt sich wohl um einen chronischen Verblödungsprozess, für den der, übrigens mäßige. Abusus alkoholicus kaum verantwortlich gemacht werden kann.

Erwähnt sei schliesslich noch, dass Tiling die Bezeichnung alkoholische Paralyse synonym für Korsakow'sche Psychose gebraucht; das gleiche tut Ransohoff.

Wir sehen aus dieser Zusammenstellung, dass es recht verschiedenartige Dinge sind, die von den Autoren als Alkohol-

paralyse resp. Pseudoparalyse bezeichnet werden. Diese Vielgestaltigkeit des Begriffes spiegelt sich in den Lehrbüchern wieder.

Der Magnan'schen Auffassung begegnen wir bei Schüle; nach ihm kann der chronische Alkoholismus einmal ein paralytiformes Bild annehmen, zweitens aber in eine eigenartige Form der Paralyse übergehen; diese Alkoholparalyse ist eine echte, wenngleich modifizierte Paralyse.

Nach v. Krafft-Ebing nimmt der Alkoholismus chronisch gleichfalls seinen Ausgang bisweilen in Dementia paralytica, die allerdings Besonderheiten in Symptomen und Verlauf darbietet, aber dieselben anatomischen Veränderungen zeigt wie die gewöhnliche Paralyse.

Kirchhoff und Scholz verhalten sich dieser Auffassung gegenüber ablehnend, ebenso Cramer.

Für Wernicke ist die Paralyse eine metasyphilitische Erkrankung; die oft ähnlich aussehenden Bilder bei Trinkern sind Pseudoparalysen, d. h. keine Paralysen, sondern Psychosen mit nur paralytischem Gepräge.

Kraepelin unterscheidet die „alkoholische Paralyse" von der „alkoholischen Pseudoparalyse"; erstere stellt sich „in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle als eine einfache Verbindung der Zeichen des chronischen Alkoholismus mit denjenigen der progressiven Paralyse" dar; in der Regel geht der Alkoholismus der Entwicklung der Paralyse schon lange Zeit voraus, bisweilen aber auch liefert erst letztere den Anstoss zu dem unmäßigen Trinken, aus welchem die alkoholistischen Krankheitszeichen entspringen. Alkoholistische Pseudoparalyse nennt er schwere Fälle seines „halluzinatorischen Schwachsinns" (s. u.) mit mehr oder weniger ausgeprägten Zeichen der Korsakowschen Psychose; sie unterscheiden sich von der Paralyse durch ihre Entstehungsgeschichte und das Ausbleiben des fortschreitenden Verfalls.

Bonhoeffer teilt ebenfalls die Fälle, welche als Alkoholparalyse beschrieben sind, in zwei Gruppen. Zu der einen gehören echte, meist manische Formen der Paralyse, bei denen die Anamnese, namentlich für die dem Ausbruch der Erkrankung nächstliegende Zeit, starken Alkoholismus ergibt; die anderen sind Defektzustände nach einer Korsakowschen

Psychose oder zahlreichen Delirien, Zustände, welche im Augenblick häufig von der dementen Form der progressiven Paralyse nicht zu unterscheiden sind.

Besondere Erwähnung verdient schliesslich noch die häufig zitierte Klewesche Arbeit. Dieselbe ist vorwiegend vom praktischen, symptomatologischen Standpunkt aus geschrieben und verfolgt den Zweck, darzutun, dass auf dem Boden des Alkoholismus der Paralyse ähnliche, aber prognostisch sehr viel günstigere Fälle (sog. alkoholische Pseudoparalysen) vorkommen, welche die ominösen körperlichen Symptome (Ataxie, Tremor, Ohnmachten, Störungen der Sprache, der Reflexe und der Sensibilität) zusammen entweder mit geistiger Schwäche, blühenden Grössenideen und hypochondrischen Vorstellungen oder mit den Zügen der Korsakow'schen Psychose darbieten. Das Hauptinteresse, welches die sechs von Klewe mitgeteilten Fälle für uns haben, liegt auf einem andern Gebiete. Die guten und präzisen Krankengeschichten, welche namentlich auch die Anamnese und die Entwicklung des Leidens berücksichtigen, gestatten nämlich ein Urteil über die sonstigen Verschiedenheiten der Fälle untereinander; wenn wir von den angeführten auf Paralyse verdächtigen Symptomenkomplexen absehen, die gleichfalls schon in recht verschiedener Gruppierung und Ausbildung vorhanden sind, so gleicht kaum ein Fall dem andern. Gemeinsam ist ihnen nur der Alkoholmissbrauch in der Anamnese, sowie der Umstand, dass jeder einzelne Fall zunächst ein Bild darbot, das die Diagnose Paralyse rechtfertigen konnte*.)

Der erste ist ein mit Trunksucht belasteter 41 jähriger Trinker, der vor längeren Jahren bereits eine schwere Neuritis durchgemacht hatte; dann ein Jahr vor der Aufnahme abermals Schwäche in den Beinen und gleichzeitig Abnahme des Gedächtnisses; nach einem akuteren ängstlichen Erregungszustand in die Anstalt, wo auf psychischem Gebiete der Korsakow'sche Symptomenkomplex im Vordergrund gestanden zu haben scheint. Ein halbes Jahr später entwickelte sich ein Stadium mit gehobenem Selbstbewusstsein, Grössenideen, lebhaften Sinnestäuschungen, Eigenbe-

*) Herr Dr. Klewe sowie Herr Direktor Knecht-Ückermünde haben die Liebenswürdigkeit gehabt, mir über den weiteren Verlauf der Fälle nach Abschluss der Arbeit (1895) eingehende Notizen zur Verfügung zu stellen, von denen ich im folgenden Gebrauch mache.

ziehungen, Vergiftungs- und Eifersuchtswahn; dieser Zustand klang nach etwa 8 Monaten plötzlich ab, der Kranke fing an zu arbeiten, blieb aber noch mehr wie ein Jahr uneinsichtig. — 4 Jahre nach der Aufnahme in die Anstalt Wiedereinstellung in den Dienst bei guter Gesundheit und voller Krankheitseinsicht. Kein Rückfall, Tod 5 Jahre später an Tuberkulose (1901).

Der dritte Fall, ein 37jähriger Bauer aus einer Trinkerfamilie erkrankte subakut mit depressiven und ängstlichen Ideen, dazwischen Lachen und zeitweise krankhafte Heiterkeit. Bei Aufnahme in die Anstalt völlig teilnahmlos, desorientiert, verwirrt; Pupillen- und Facialisdifferenz, Tremor; Gedächtnis ganz geschwunden, schamloses Masturbieren; später ruhig, gutmütig, harmlos; eine schnell vorübergehende anscheinend halluzinatorische Erregung. Nach 3 Jahren weitgehend gebessert entlassen, arbeitet, jedoch hin und wieder reizbar. — Bald wieder starker Potus mit tobsüchtigen Erregungen. Wegen einer Gewalttätigkeit zweite Aufnahme (1899). Gleichgültig, ruhig, uneinsichtig, orientiert, ohne neuritische Erscheinungen; Gedächtnisschwäche, Auslassungen beim Schreiben; abermals öffentliches Onanieren; nach 3 Monaten kurzdauernder Erregungszustand mit phantastischen Angstvorstellungen; danach wieder schwachsinnig, heiter, interesselos. Nach 2 Jahren Besserung. Ende 1902 anscheinend genesen entlassen.

Der vierte ist ein erblich mit Geisteskrankheiten und Potatorium schwer belasteter 40jähriger Fischer, der selber alkoholintolerant ist und nach Exzessen häufig Stimmen hört und Angst hat. In einem solchen Zustand schwere Körperverletzung der Frau. Aufnahme in die Anstalt 1890, ohne Reue, hält an den Wahnideen gegen seine Frau fest. Tremor, Ataxie, P. S. R. fehlen, Herabsetzung der Lageempfindung. In den nächsten Monaten (bei Abstinenz!) Verschlimmerung: Verwirrtheit, Angst, bedrohende Stimmen, Kopfweh, Schwindel. Nach einem halben Jahr allmähliche Besserung, bleibt aber stumpf und apathisch, gelegentlich Äusserung von Beziehungswahnvorstellungen. Anfang 1893 Krankheitseinsicht, die körperlichen Erscheinungen sind verschwunden, Pat. bleibt etwas scheu und gedrückt. Zu Hause fleissig, abstinent. — Anfang 1897 während der Rekonvaleszenz von einer körperlichen Erkrankung Rückfall in Potus, bald darauf Gehörstäuschungen, Vergiftungsideen gegen die Frau. Juni 1897 erschlägt er die Frau in einem Boote mit dem Beil, wirft den Leichnam ins Wasser und treibt sich wochenlang umher. In der Anstalt lacht und spricht er anfangs viel vor sich hin, bestreitet die Tat; verschlossen, finster; später anscheinend keine Halluzinationen mehr, hält aber an seinen Wahnideen fest, z. Z. noch unverändert.

Über die andern drei Fälle ist später nichts weiter bekannt geworden. — II. ist ein 49jähriger Mann, Trinker; Lues; seit $1^1/_2$ J. Schwäche und Atrophie aller Extremitäten, Erlöschen der Potenz. Dann fast 5 Jahre lang blühende unsinnige Grössenideen, Gesichts- und Gehörshalluzinationen, abweisendes Verhalten, aggressiv; hat eine eigene Zeitrechnung. Schliesslich $6^1/_2$ J. nach der Aufnahme geheilt entlassen.

V. 58 jährige Witwe, die erst mit 41 Jahren der Trunksucht und geschlechtlichen Exzessen verfällt, dann 7 mal wegen Diebstahls und schliesslich wegen Bettelns bestraft wird. Im Arbeitshaus bekommt sie nach 3 Wochen einen Erregungszustand, $^1/_4$ J. später einen zweiten. In der Anstalt ist sie verworren, desorientiert, hat ein sehr schwaches Gedächtnis, kann kaum stehen. Tremor, P. S. R.>, Sensibilität ohne Störungen; 4 Wochen später lebhafte Schmerzen in den Beinen, namentlich bei Berührung. Dann Besserung; 6 Monate nach der Aufnahme operative Entfernung eines Ovarialtumors. Im Krankenhaus danach klar, geordnet, Gedächtnis gebessert. aber reizbar und häufiger Stimmungswechsel; frei von neuritischen und phsychischen Krankheitssymptomen entlassen.

VI. endlich betrifft einen Förster, der wahrscheinlich epileptisch ist, sehr schwer belastet, Trinker, Totschlag in einem halluzinatorischen Erregungszustand. Stumpfheit, Urteilsschwäche, Tremor, Sprach- und Gangstörung. Nach einigen Jahren Besserung.

Wie stehen wir nun heute zu der Alkoholparalyse-Frage? Von der französischen Lehre (Magnan u. a.), welche in der Paralyse nur eine Steigerung des dem Alkoholismus zu Grunde liegenden Prozesses sieht, ist wenig übrig geblieben. Wir wissen jetzt, dass die progressive Paralyse eine Krankheit sui generis, nicht einen terminalen Symptomenkomplex verschiedenartiger Erkrankungen darstellt; ihr liegen bestimmte anatomische Veränderungen zu grunde, die ganz anderer Art sind, als diejenigen, welche sich bei schweren Säufern finden; daraus folgt, dass wir in allen Fällen echter Paralyse die event. in der Anamnese vorhandene Trunksucht lediglich als Komplikation aufzufassen haben, ohne allerdings damit die Frage zu entscheiden, wieweit gegebenen Falles der Alkoholismus als auslösendes oder begünstigendes Moment in Rechnung zu ziehen ist. Statistisch

wissen wir, dass ein sehr grosser Prozentsatz der Paralytiker luetisch infiziert gewesen ist; wahrscheinlich gibt es keine Paralyse ohne Lues, — aber mit dieser Tatsache haben wir bisher weder in nosologischer noch in pathologisch-anatomischer Hinsicht etwas anfangen können. Über die Art der notwendigen ätiologischen Zwischenglieder zwischen luetischer Infektion und Erkrankung an Paralyse bestehen nur Vermutungen.

Die Bezeichnung alkoholische Pseudoparalyse andererseits ist, wie schon das Wort sagt, von vornherein nur eine provisorische gewesen, sie drückt nichts weiter aus als die Schwierigkeit, in gewissen Fällen und in gewissen Stadien des Alkoholismus mit Sicherheit eine Paralyse ausschliessen zu können. Sie wird und muss schwinden mit der Vertiefung unserer Kenntnisse — von der Paralyse sowohl, wie vom Alkoholismus. Einen wesentlichen Schritt vorwärts auf dieser Bahn bedeutete die Abgrenzung der polyneuritischen Psychose durch Korsakow. In allerneuester Zeit haben unsere Kenntnisse von den histopathologischen Veränderungen bei der Paralyse bedeutende Fortschritte gemacht (Nissl, Alzheimer), sodass wohl heute eine Verwechslung paralytischer Rinden mit solchen von einfachen Trinkern nicht mehr in Frage kommt, was, solange man sich ausschliesslich auf diffuse Atrophien des Gehirns und gleichzeitige Strangerkrankungen im Rückenmark stützen konnte, durchaus nicht ausgeschlossen war.

Was wir aus dem Gesagten für unsere Frage nach den chronischen Alkoholpsychosen lernen, ist einmal die Tatsache, dass selbst bei der Paralyse erhebliche Schwierigkeiten über ihre ätiologischen und symptomatologischen Beziehungen zum chronischen Alkoholismus bestehen. Zweitens sehen wir, dass von den verschiedensten Seiten psychische Erkrankungen bei Trinkern beschrieben werden, die sich z. T. über viele Jahre erstrecken, und welche nach der mehr oder weniger weitgehenden symptomatischen Übereinstimmung mit der progressiven Paralyse von den Autoren als alkoholische Pseudoparalysen bezeichnet werden. Für diese Fälle wird als Ätiologie der chronische Alkoholmissbrauch angenommen auf Grund der Tatsache, dass es sich um Trinker handelt, und dass bei ihnen Störungen vorhanden sind, die auf Alkoholismus zurückzuführen sind.

Fast nirgend finden wir den Versuch, anderweitige ätiologische Faktoren auszuschliessen. Zweifellos ist, dass die in der Literatur mitgeteilten Fälle unter einander sehr weitgehende Verschiedenheiten darbieten, und dass vor allem von den in Betracht kommenden Autoren kaum jemals die Frage der Komplikation des chronischen Alkoholismus mit andersartigen Psychosen (Verblödungsprozesse der Dementia praecox Gruppe, Arteriosklerose, Epilepsie u. a.) in Erwägung gezogen wird. Zum Teil ist das allerdings durch den Umstand bedingt, dass die Autoren sich mit dem negativen Resultat, der Differenzialdiagnose gegen echte Paralyse, begnügen

Für die Reflexstörungen und Lähmungserscheinungen dieser Fälle kennen wir heute als anatomische Grundlage neuritische Erkrankungen; wahrscheinlich sind aber davon nicht scharf getrennt worden zentrale Affektionen auf arteriosklerotischer Basis.

Für einen Teil der Fälle haben wir das Verständnis gewonnen durch das Bekanntwerden des Korsakow'schen Symptomenkomplexes; andere sind echte Paralysen bei Trinkern; wieder andere sind kompliziert mit starker Arteriosklerose oder mit Epilepsie; für einen nicht geringen Teil schliesslich liegt es nahe, an nicht alkoholisch bedingte Psychosen zu denken, die mit Trunksucht kompliziert sind. Das in der Literatur vorliegende Material ist ein kasuistisches, es ist nach symptomatologischen, aber nicht nach ätiologischen Gesichtspunkten durchgearbeitet, und schon deshalb für unsere Zwecke nur mit grosser Vorsicht zu verwerten.

III.

Das Gros der übrigen Fälle von chronischen Alkoholpsychosen ist von den Autoren vorwiegend vom Gesichtspunkte der Wahnbildung aus betrachtet worden. Die Grenze gegen die paralytiformen Erkrankungen ist keine scharfe; wir sehen, dass einander ähnliche Fälle bald als Alkoholparalyse, bald als chronische Alkoholparanoia angeführt werden, je nachdem diese oder jene Symptome mehr im Vordergrund standen, oder je nachdem dem Autor diese oder jene Symptome beachtenswerter erschienen.

Bei der Alkoholparalyse-Frage lagen die Verhältnisse noch relativ einfach; die echte Paralyse ist ein Krankheitsbegriff, der zu den klinisch am besten gekannten und am wenigsten strittigen gehört, für dessen Abgrenzung uns die pathologische Anatomie wertvolle Handhaben bietet. Das Gebiet der paranoischen Erkrankungen dagegen gehört zu den am wenigsten geklärten; die widersprechendsten Meinungen stehen sich hier einander schroff gegenüber. Von einheitlichen, allgemein anerkannten Gesichtspunkten ist nirgend die Rede. Dass bei dieser Sachlage dem Studium ätiologischer Faktoren ganz besondere Schwierigkeiten entgegenstehen, leuchtet ohne weiteres ein.

Es ist nicht möglich, auf alles einzugehen, was über die Beziehungen zwischen Alkoholismus und chronischer Wahnbildung geschrieben worden ist; es sollen hier nur diejenigen Publikationen herangezogen werden, die ausführliche Krankengeschichten bringen, und damit — wenigstens bis zu einem gewissen Grade — eine Nachprüfung dessen ermöglichen, was der Autor zu beweisen versucht hat. In erster Linie wird dabei die deutsche Literatur berücksichtigt werden.

Nasse beschreibt 1878 unter dem Namen „Verfolgungs-

wahnsinn der geistesgestörten Trinker" eine seiner Ansicht nach häufige, durch Alkohol bedingte Symptomen-Gruppe; er definiert als Wahnsinn eine Erscheinungsform des Irreseins mit Wahnideen, Sinnestäuschungen und lebhaften Affekten, in deren Verlauf die anfängliche Depression immer mehr einer schliesslich sehr hohen Steigerung des Selbstgefühls Platz macht; diese Form lässt eine Besserung, gelegentlich selbst eine Genesung zu, geht aber gewöhnlich in psychische Schwäche aus. Ein Delirium tremens hat er seinen Fällen nur einmal voraufgehen sehen. Unter 160 in drei Jahren aufgenommenen Trinkern (ausschliesslich der Deliranten) gehörten 28 zu diesem Verfolgungswahnsinn.

N. teilt 5 Krankengeschichten in etwas summarisch gehaltenen Auszügen mit. In allen Fällen handelt es sich um Trinker mit z. T. recht schwerer erblicher Belastung; die ersten drei waren schon lange vorher, resp. stets eigenartige Menschen gewesen; einer von ihnen ist möglicherweise schon bevor er Trinker geworden war, vorübergehend geistesgestört gewesen. Der Beginn ist in vier Fällen akut mit einer ängstlich gefärbten halluzinatorischen Erregung; die Entscheidung, ob es sich dabei um Alkoholhalluzinosen gehandelt hat, lassen die kurzen Krankengeschichten nicht zu. Die Halluzinationen dauern fort. Allen gemeinsam ist das mehr oder weniger rasche Auftreten inkohaerenter, unsinniger Grössenideen; daneben vielfach Geruchs- und Geschmackstäuschungen, sowie phantastische Sensationen. Keiner der Fälle trägt ausgesprochen paranoischen Charakter. Die Differentialdiagnose gegen Paralyse wird erwogen. Die Beobachtungsdauer erstreckt sich höchstens auf 1 Jahr; 3 Kranke wurden ungeheilt, 2 gebessert entlassen.

von Speyr identifiziert seine „chronische alkoholische Verrücktheit" mit Nasse's Verfolgungswahn der Trinker, aber die Fälle die er schildert, sind offenbar anderer Art wie die von Nasse. Speyr hebt die innere Verwandtschaft der Symptome mit denen der ihm gut bekannten akuten Alkoholparanoia (Halluzinose) hervor. Sinnestäuschungen, namentlich auf akustischem Gebiet, Beschimpfungen, Bedrohungen, Angst, Misstrauen, unbestimmte hypochondrische Sensationen, jedoch

(im Gegensatz zu Nasse) keine Geruchs- und Geschmackstäuschungen; vor allem aber fehlt der Grössenwahn; nur in einem der 6 Fälle entwickelte sich ein solcher, hielt sich aber in relativ bescheidenen Grenzen, nahm wenigstens nicht die phantastische Form an, die die Nasse'schen Fälle charakterisiert. Weiterer Verlauf: keine Progression, Besserung möglich, Heilung nie beobachtet. — v. Speyr hält es für möglich, dass die chronische alkoholische Verrücktheit sich aus der akuten Form entwickeln könne; als Beispiel dafür erwähnt er mit wenigen Worten einen Mann, der mehrere kurze Anfälle von „Säuferwahnsinn" durchgemacht hatte, bei dem letzten Anfall aber gewisse Wahnvorstellungen betreffs Verleumdung und Vergiftung durch den früheren Meister nicht mehr korrigierte; trotzdem konnte der Kranke als weitgehend gebessert entlassen werden. Auf der anderen Seite betont Sp., dass selbst nach sehr häufigen Rezidiven sich nicht eine chronische Verrücktheit zu entwickeln braucht, und dass der Mehrzahl der chronischen Fälle keine akuten Formen voraufgehen. Umwandlung eines Delirium tremens in die chronische alkoholische Verrücktheit hat er nie beobachtet.

v. Speyr hat in 3 Jahren in Basel nur 6 solcher Fälle gesehen. Er betont das im Gegensatz zu der Häufigkeit des Vorkommens von akuter alkoholischer Verrücktheit, „während anderswo die chronische Verrücktheit viel häufiger ist als die akute".

Die Frage der alkoholischen Ätiologie der Fälle wird von v. Speyr in seiner Arbeit nicht weiter diskutiert; es genügt ihm, dass die Kranken notorische Trinker gewesen sind; als adiuvans zieht er beiläufig die symptomatische Verwandtschaft mit der akuten Alkoholparanoia heran.

Die beiden von ihm ausführlicher mitgeteilten Fälle sind folgende:*)

VIII. 38 jähriger, erblich schwer belasteter Mann; von Jugend

*) Beide sind noch am Leben. Durch das liebenswürdige Entgegenkommen der Herren Professor v. Speyr und Wille, sowie des Herrn Direktor Ransohoff-Stephansfeld ist es mir möglich gewesen, über den weiteren Verlauf (nach 1878) Auskunft zu erhalten. Ich mache von den mir gewordenen Mitteilungen hier mit Dank Gebrauch.

auf unstät und Trinker. Jetzt intolerant. Allmählicher Beginn mit Halluzinationen und Erregungen. Vor 1 Jahr „ein sog. Delirium tremens". In der Anstalt Gehörstäuschungen, verworren, ängstlich, misstrauisch. Nach 4 Wochen ruhiger, keine Einsicht, als unheilbar entlassen.

Der Kranke hat zu Hause sein Geschäft wieder betrieben, hörte aber allerlei Stimmen, um die er sich angeblich nicht weiter kümmerte. 6 Jahre später zweite Aufnahme (1884). Er hatte zwei Wochen vorher an einem Tage mehrere kurze Anfälle bekommen, in denen er nicht reden konnte, weil er die Worte nicht fand; dabei kein Bewusstseinsverlust. Seitdem macht er grosse Pläne, renomiert, ist heiter, spassig und gibt viel Geld aus. In der Anstalt ungeniert, nimmt alles in die Hand, selbstgefällig, macht dumme Witze. Keine Reflexstörungen. Rasche Beruhigung, aber wenig Einsicht. Angeblich keine Halluzinationen. Nach 14 Tagen entlassen.

Etwa zwei Jahre später wegen halluzinatorischer Erregungen in eine andere Anstalt. Blieb dort nahezu 7 Jahre (1887—1894). Anfangs noch fleissig und arbeitsam, aber immer in kurzen Abständen vorübergehend unzufrieden, anspruchsvoll und gereizt. Nach etwa einem halben Jahre stellte sich ein starker Erregungszustand ein mit lebhaften Sinnestäuschungen und Verwirrtheit. Danach die ganze übrige Zeit ein eigenartiger Wechsel zwischen Erregungs- und Depressionszuständen; anfangs überwogen erstere, später letztere. In den Erregungen Gehörstäuschungen, Ideenflucht, Grössen- und namentlich Verfolgungsideen, motorische Unruhe, Gestikulieren, Grimassieren, planloses Umherlaufen. In den ruhigen Zeiten deprimiert, schüchtern, schweigsam. Urlaubsweise entlassen.

Danach wiederum 6 Jahre zu Hause; ging seinem Handwerk nach, hatte aber immer wiederkehrende kurze Perioden, in denen er „Sprüche" machte und sehr lebhaft war. Trank, wird aber nicht als Säufer bezeichnet. Anfang 1900 abermalige Aufnahme. Heiterer Stimmung, spricht unverständlich und unzusammenhängend, habe Stimmen gehört. Dann in den folgenden zwei Jahren in Abständen von ein bis mehreren Monaten maniakalische Erregungen von ca. 8 Tagen Dauer, die einander photographisch gleich sehen, nur verschieden sind an Intensität: plötzlicher Beginn (derselbe wird häufig von dem Pat. noch als krankhaft empfunden), Euphorie, heitere Stimmung, inkohaerentes Schwatzen, Klangassoziationen. In den Zwischenzeiten ruhig, geordnet, fleissig bei der Hausarbeit, manchmal etwas einsilbig. Von Halluzinationen und Wahnideen erwähnt die Krankengeschichte nichts mehr. Ende 1901, gleichzeitig mit dem Auftreten zahlreicher Drüsenabszesse

am Halse Wegbleiben der Erregungen. Dauernd ruhig, geordnet, bescheiden. Diagnose Alkoholismus + periodische Psychose.*) —

Der andere Kranke (IX.) ist ein 1833 geborener Kaufmann; Vater Potator; stets zart und nervös, mit 8 Jahren nach mäßigem Weingenuss eine Vision. Später starker Trinker. Nach dreijähriger Ehe geschieden und aus seiner Stelle entlassen. 1865 erste Aufnahme als Delirium potatorum, „allem Anschein nach mit Verfolgungswahn." Dann von 1867—1875 in der Anstalt wegen chronischen Verfolgungswahnes. Probeweise Entlassung. 1877 abermals Aufnahme. Pat. ist z. Z. noch in der Anstalt. Hat Stimmen gehört, aber nicht besonders bedrohlichen Inhaltes. Ruhig, geordnet; wird aber bald reizbar und egoistisch. Eigenartiges Zittern des ganzen Körpers, stotternde Sprache. Rühmt sich seiner glänzenden Leistungen, braucht aber sehr viel Zeit für die einfachsten Arbeiten. Beeinträchtigungsideen. Stark gehobenes Selbstgefühl. Entlassungsversuch missglückt. Verschlimmerung ohne Alkoholmissbrauch. Halluzinationen und zwar sehr häufig angenehmen Inhaltes. Erinnerungsfälschungen. Längere Zeit ablehnend, trotzig, ausweichend. Ängstlich um seine Person besorgt, dabei anspruchsvoll. Später zugänglicher, macht sich nützlich, ist aber auch sehr stolz darauf. Zwischendurch wird er nächtlich von Freimaurern geplagt. Dann brach im Jahre 1886 im Anschluss an einen Trinkexcess gelegentlich eines Ausganges ein Erregungszustand aus der mit verschiedenen Schwankungen mehr wie 4 Jahre andauerte. Pat. war hochgradig ängstlich, halluzinierte massenhaft, auch sehr viel mit dem Gesicht, zerschlug, wurde aggressiv, äusserte viele Wahnideen, darunter Grössenvorstellungen, z. B. er sei der neue Heiland; jedoch stand stets im Vordergrund die Angst. 1890 allmähliche Beruhigung; beschäftigt sich, aber es wird seine geistige Schwäche hervorgehoben. 1896 abermals beginnende Erregung, diesmal ohne bekannte Veranlassung: Angst. Vergiftungsfurcht, Herausdrängen, Nahrungsverweigerung, Misstrauen, fleht um Hülfe, massenhafte Gehörstäuschungen beschimpfenden und bedrohenden Inhaltes; „alles trägt den Stempel des Schwachsinnigen." Lebhafter Beziehungswahn. Schwächliche Selbstmordversuche. Unter starken Schwankungen nach ca. $1^1/_2$ Jahren Beruhigung. Seitdem ganz stationär. Moralische Defekte: hetzt, verleumdet, lügt, eifersüchtig, neidisch, rachsüchtig. Halluziniert zeitweise, spricht gern von Geistern. Beschäftigt sich mit Lesen. Sehr ängstlich für sein Wohlergehen. Ist jetzt 71 Jahre alt und z. Z. noch in der Anstalt.

Einer etwas ausführlicheren Besprechung bedarf die Arbeit von Luther. Es sind allerdings nicht ausschliesslich chro-

*) Anm bei der Korrektur: Pat. befindet sich z. Z. (Februar 1905) noch in der Anstalt, ist unverändert, Erregungen treten nur selten auf.

nische Fälle, die den Gegenstand seiner Schilderung bilden, aber für das Verständnis mancher seiner Ausführungen ist die Kenntnis seiner Auffassung auch von den akuten Zuständen notwendig.

Luther trennt einmal nicht die typische akute Alkoholhalluzinose von chronischen paranoischen Prozessen, die er bei Trinkern beobachtet hat. Er ist der Ansicht, dass die akute alkoholische Paranoia v. Speyr's, der halluzinatorische Wahnsinn der Trinker von Kraepelin identisch sei beispielsweise mit den Fällen von Nasse (s. o.), nur „dass der eine mehr ganz akut, der andere mehr subakut und chronisch verlaufende Fälle besonders im Auge hat". Demgemäß behandelt er denn auch beide zusammen unter dem Namen alkoholischer halluzinatorischer Wahnsinn. Von 18 ihm zu Gebote stehenden Beobachtungen sind 6 völlig (z. T. auch erst nach Monaten), 4 mit Defekt geheilt, bei den andern 8 erfolgte Übergang in einen chronischen Zustand. Symptomatisch stehen im Vordergrund bedrohliche Gehörstäuschungen, recht häufig finden sich aber auch Sensationen und mehrmals ausgesprochene Geruchshalluzinationen. Von den chronischen Fällen ist einer dement geworden, während andere 1—3 Jahre weiter halluzinierten.

Als Abart dieses „Wahnsinns" kennt Luther eine „alkoholische halluzinatorische Verwirrtheit", die sich von ersterem durch eine erhebliche Verwirrtheit, Bewusstseinstrübung und das Auftreten von Stuporzuständen unterscheidet, sonst aber weitgehende Ähnlichkeit mit ihm hat. Fast stets findet sich ein Vorbereitungsstadium (bis zu 2 Monaten), der Beginn ist selten akut; ebenso schliesst sich in der Regel ein Nachstadium mit vereinzelten Sinnestäuschungen und Wahnideen an, das bis zu Monaten dauern kann. Besondere Kennzeichen dieser „alkoholischen" Erkrankung gegenüber ähnlichen nicht alkoholisch bedingten werden nicht hervorgehoben. In 7 Fällen trat Heilung ein, in 4 Fällen nicht.

Eine dritte Gruppe fasst Luther als Ausgangsformen des Delirium tremens zusammen; wie er selber hervorhebt, haben dieselben „hauptsächlich nur die Entstehungsursache gemeinsam, im weiteren Verlaufe weichen sie teilweise nicht unerheblich von einander ab". Von der Richtigkeit dieser Bemerkung kann

man sich leicht überzeugen, wenn man die mitgeteilten 8 Krankengeschichten liest. Dazu kommt, dass die Delirien nur zu einem kleinen Teil fachärztlich beobachtet wurden, und dass mindestens das eine in der Anstalt beobachtete initiale Delirium sehr wenig typisch aussieht. Die zeitlich dem Delirium folgenden psychotischen Zustände werden ohne weitere Diskussion in kausalen Zusammenhang mit diesem gebracht, die Möglichkeit einer mehr oder weniger zufälligen Komplikation wird nirgend erwogen.

Der erwähnte Fall I mit dem sonderbaren Delirium tremens ist folgender: 34 jähr. Restaurateur, der vor 6 Wochen ein Delir überstanden hat, wieder trinkt und eine heftige Erregung bekommt. Bei der Aufnahme ruhig und orientiert. Bei völliger Abstinenz am 17. Tage Unruhe, Steigerung zur Verwirrtheit, glaubt sich von Holz und Eisen elektrisch angezogen. Dann am 27. Tage (!) Ausbruch der deliranten Erregung, die nach drei Tagen ihren Höhepunkt erreicht und von da an lytisch abfällt. 14 Tage später ist Pat. „leidlich" klar und orientiert; daran schliesst sich ein dreimonatiges Stadium von starker Verwirrtheit und interkurrenten Erregungszuständen; in etwas freieren Zeiten sehr albern, nicht zu fixieren. Danach bei ruhigem geordnetem Verhalten noch ein halbes Jahr lang mangelnde Einsicht und einzelne Beeinträchtigungsideen. $^3/_4$ Jahr nach Beginn mit völliger Einsicht geheilt entlassen.

III macht in einem Hospital ein Delir durch; muss 3 Tage darnach wegen Verfolgungsideen, Selbstmordversuchs und Tobsuchtsanfällen aufgenommen werden. 4 Monate lang stehen akustische Halluzinationen im Vordergrund. Dann ein Stuporzustand von 3 Monaten Dauer. Derselbe endet damit, dass der Kranke plötzlich ein Hoch ausbringt. Viele Sinnestäuschungen, hört seinen Magen sprechen. Ein Krampfanfall. Weiter ein Zustand chronischer Verwirrtheit, der bei Abschluss der Arbeit (1—2 Jahre später) noch andauert, nur einmal durch einen längeren Stupor durchbrochen wurde.

V hat gleichfalls draussen ein Delirium durchgemacht; daran schliesst sich sofort ein Zustand an, der wie eine Halluzinose aussieht, aber erst nach ca. $1^1/_2$ Jahren allmählich abklingt. Heilung. Trinkt weiter. Wird später noch zweimal wegen kurzdauernder halluzinatorischer Störungen aufgenommen.

Fall VI macht nach der Krankengeschichte den Eindruck eines Hebephrenen, der im Beginn ein Delirium durchgemacht hat (9 Jahre beobachtet).

VII hat im Spital ein Delirium durchgemacht, ist aber seitdem nicht wieder ganz klar geworden. Gesichts- und Gehörstäuschungen, später Grössenideen. In der Anstalt gleichgültig, teilnahmlos; Gottmänner sitzen in seiner Brust, welche zu ihm sprechen und wissen was er denkt. Arbeitet später, halluziniert aber weiter, äussert systematisirte Grössenideen. Nach 6 Jahren ohne jede Einsicht gebessert entlassen.

Bei VIII schliessen sich an ein Delir Erregungszustände und blühende Grössenideen an. Von vornherein erhebliche geistige Schwäche. Die Grössenideen haben ganz paralyitsches Gepräge. Pat. halluziniert nach 15 Jahren noch immer, seine geistige Schwäche hat noch zugenommen, er arbeitet aber.

Fall II und IV sind nur ganz kurz angeführt.

Schliesslich beschreibt Luther noch als chronischen alkoholischen Grössenwahn (15 Beobachtungen) Fälle, die ganz langsam beginnen, in der Anamnese nie akute alkoholische Störungen haben, und deren Krankheitsbild völlig beherrscht wird von wechselnden, blühenden, stark an Paralyse erinnernden Grössenideen, welche fast nie einen systematischen Zusammenhang untereinander oder mit Verfolgungsideen aufweisen. Die Kranken leiden stets an einem „primären geistigen Schwächezustand", der jedoch keine weitern Fortschritte macht. Abnorme Sensationen und Geruchstäuschungen sind häufig, Halluzinationen des Gehörs und Gesichts fast konstant. In der Mehrzahl der Fälle treten zeitweis Erregungszustände auf, sonst sind die Patienten meist geordnet, halten auf ihr Äusseres und werden fleissige Arbeiter. Heilung tritt nicht ein, aber auch keine Progression zu hochgradigem Blödsinn.

Wir hatten bei allen bisher angeführten Autoren eine präzisere Stellungnahme zu dem Begriff Ätiologie, sowie zu der Frage nach der Spezifität der als alkoholisch beschriebenen Krankheitsbilder vermisst. Auf beide Fragen geht die Arbeit von E. Meyer ausführlich ein. Den Schwierigkeiten der Beantwortung der ersten Frage begegnet Meyer allerdings dadurch, dass er von vorneherein immer nur von Psychosen spricht, bei denen der chronische Alkoholmissbrauch „mit mehr weniger Bestimmtheit" als ätiologisches Moment in Frage kommt, oder bei denen der chronische Alkoholismus die Hauptursache bildet. In seinen Ausführungen spielen daneben Faktoren wie Disposition, Anlage und ähnl. eine grosse Rolle.

Trotzdem spricht er im allgemeinen ohne weiteres von alkoholischen Geistesstörungen. Meyer beschränkt ferner sein Gebiet auf die ihm zu Gebote stehenden Fälle von „Paranoia resp. paranoischer Färbung (Dementia paranoides Kraepelins)". Er hebt hervor, dass die chronischen Formen nichts typisches haben, dass sie vielmehr in der Mehrzahl durchaus Krankheitsbildern gleichen, die auch sonst, ohne bekannte äussere Ursache nicht selten vorkommen; dahin gehören in erster Linie die paranoiden, dann auch die katatonischen Formen der Dementia praecox von Kraepelin. In diesen Fällen denkt sich Meyer, in Anlehnung an Wernicke'sche Ideen, das Gepräge der Krankheitsbilder bedingt durch eine Besonderheit der Lokalisation des Prozesses, welche ihrerseits wieder durch eine Prädisposition des betreffenden Gebietes, oder mit anderen Worten, durch eine Disposition des Individuums zu bestimmten Krankheitserscheinungen (beispielsweise Katatonie) zu erklären ist.

Meyer zweifelt nicht daran, dass der chronische Alkoholmissbrauch auch anderen Formen geistiger Störung als den bisher bekannten typisch alkoholischen das Leben zu schenken vermag, und er betont das ausdrücklich gegenüber der z. Z. bestehenden „Neigung, alle die Arten psychischer Störung, die nicht in das gewohnte Bild der typisch alkoholischen Geistesstörungen hineinpassen, bei Seite zu schieben". Wenige Zeilen weiter findet sich dann der nicht näher begründete, aber auch in der Schlusszusammenfassung wiederholte Satz, dass der Alkoholismus jede Form der Geisteskrankheiten hervorrufen könne.

Meyer teilt seine Fälle ein in solche, die aus einem Delirium tremens (eine Beobachtung) oder aus einer akuten Alkoholparanoia hervorgehen, und zweitens in solche, „die teils akut, aber nicht in typisch alkoholischer Form, teils mehr allmählich zur Entwicklung kommen". Den Beweis für die alkoholische Natur dieser chronischen Bilder sieht er einmal in dem direkten Hervorgehen aus den für Alkoholismus typischen Erkrankungsformen (Delirium, akute Alkoholparanoia), zweitens in dem Voraufgehen vielfacher nervöser und psychischer alkoholischer Störungen. Eine scharfe Abgrenzung gegen Fälle,

in welchen der Alkoholmissbrauch nur eine Hilfsursache für die Entstehung der Psychose, oder gar nur eine Komplikation bildet. wird nicht versucht; auf die Schwierigkeit in der Entscheidung wird hingewiesen.

Unter 182 Beobachtungen, in welchen der chronische Alkoholmissbrauch die Hauptursache der Erkrankung darstellte, fand Meyer 7 Fälle, unter 25, in welchen er eine wichtige Nebenursache bildete, 6 Fälle von chronischer Alkoholparanoia.

Sehen wir uns die Beobachtungen Meyer's genauer an, so verdient zunächst hervorgehoben zu werden, dass bei dem Falle (I), den er als Endzustand eines Delirium tremens bezeichnet, die ätiologischen Verhältnisse zwischen dem Delir und der chronischen Psychose keineswegs über jeden Zweifel erhaben sind; Meyer selber drückt sich in dieser Hinsicht vorsichtig aus.

Es handelt sich um einen 33 jährigen Mann aus einer verkommenen Familie, der selber unstät ist, beim Militär schwer zu behandeln war, vielfach bestraft worden ist und schliesslich seine Frau erschlägt. Er soll seit Jahren schwerer Trinker sein, und ist angeblich schon wiederholt anderweitig wegen Delirium tremens behandelt worden, das letzte mal 4 Wochen vor der Straftat. Über dieses Delir haben Meyer nur kurze ärztliche Notizen zu Gebote gestanden; aus denselben ist der Einwurf, es habe sich etwa um eine akute Alkoholparanoia gehandelt, nicht zu entkräften. Über das Verhalten des Kranken vor dem Delir fehlen genauere Angaben; in den 8 Tagen vor der Tat wurde er wegen nervöser Beschwerden und niedergedrückter Stimmung ärztlich behandelt.

Das ist das Material, aus welchem Meyer den Schluss zieht, dass sehr wahrscheinlich die folgende chronische Geisteskrankheit aus einem Delirium tremens sich entwickelt habe. Er zieht wohl deshalb auch selber sofort einen weiteren ätiologischen Faktor heran: die paranoische Disposition. Das beobachtete Krankheitsbild hat, wie Meyer hervorhebt, durchaus nichts typisches, es entspricht Fällen, die Kraepelin als Dementia praecox bezeichnet, und enthält reichliche Züge katatonischer Symptome.

Von den zwei Fällen akuter Alkoholparanoia, die zu chronischen Zuständen derselben Art wurden (IX. und X.) ist der eine durch das Hinzutreten von hypochondrischen Sensationen, Geruchs- und Geschmackshalluzinationen, sowie das Auftreten eines 8 Monate dauernden Stuporzustandes, welcher als psychisch bedingt aufgefasst wird, ausgezeichnet, der andere durch die rasche Entwicklung von Apathie und ablehnendem Verhalten. Für die Erklärung der Störungen auf anderen Sinnesgebieten als den akustischen und optischen greift Meyer abermals auf die Annahme einer individuellen Disposition dieser betreffenden Gebiete im Gehirn zurück.

Zwei weitere Fälle (XIV und XV) bezeichnet Meyer als chronische alkoholische Psychosen paranoischer Färbung; er hebt hervor, dass sie keine spezifisch alkoholischen Züge tragen. Er spricht hier von dem voraufgegangenen schweren Alkoholismus nur als der Hauptursache für die Entstehung der Krankheiten. Bei zwei anderen (XI und XII) hat der Alkohol nach Meyers Meinung sogar nur mitgewirkt, und ein letzter Fall (XVI) wird ausdrücklich nicht als alkoholische Geistesstörung angesprochen.

Wir sehen daraus, von den Meyer'schen Fällen chronischer Alkoholparanoia bleibt nicht viel übrig, sobald wir den Begriff Atiologie scharf präzisieren, d. h. sobald wir nur dann von alkoholischen Erkrankungen sprechen wollen, wenn wir berechtigt zu sein glauben, dass der Alkoholmissbrauch allein die Psychose verursacht hat. Von diesem extremen Standpunkte geht Meyer zweifellos nicht aus. Für ihn ist die Bezeichnung Alkoholpsychose bewussterweise eine denominatio a potiori. Es genügt ihm die Überzeugung, dass der Alkoholmissbrauch eine Hauptursache für die Erkrankung darstellt. Von da zur Nebenursache und zur mehr oder weniger zufälligen Komplikation finden sich alle Übergänge, und anderen ätiologischen Faktoren, wie namentlich der individuellen Dispositon zu psychischen Erkrankungen überhaupt, wie auch zu bestimmten Krankheitsbildern, wird weiter Spielraum gegeben, ohne dass denselben bei der Namengebung Rechnung getragen wird.

Raecke stellt sich in seinem Vortrage auf den Boden der Ausführungen Meyers und hebt besonders hervor, dass es

wohl charakterisierte Krankheitsprozesse gebe, bei denen der Alkohol die alleinige oder wenigstens die hauptsächlichste Ursache bilde, und die sich dadurch auszeichnen, dass sie nicht residuäre Zustände darstellen, sondern progrediente Erkrankungen. Als Beleg dafür erwähnt er ganz kurz einen Mann, der bereits mehrmals ein Delirium tremens durchgemacht hatte, dann wegen einer akuten Alkoholparanoia in die Anstalt aufgenommen wurde, welche nach 4 Wochen ablief; nach wenigen Wochen ein schweres Rezidiv, das nun in einen chronischen Zustand überging mit progressiver Wahnbildung, Sinnestäuschungen auf allen Gebieten und zahlreichen Grössenideen.

Wernicke erwähnt kurz, dass das Krankheitsbild der chronischen Halluzinose bei Alkoholisten häufig anzutreffen sei; er hat ausserdem nicht selten einen Zustand chronischer Halluzinose als Fortsetzung der akuten Halluzinose gesehen, namentlich dann, wenn bereits mehrere Anfälle derselben Krankheit voraufgegangen waren.

Ähnlichen Gedanken begegnen wir bei Kraepelin; nur hebt er bei den Fällen, die er im Auge hat, die charakteristisch gefärbte geistige Schwäche als kennzeichnend hervor; er spricht deshalb — vorläufig, wie er selber betont — von einem halluzinatorischen Schwachsinn der Trinker, und fasst denselben auf als das Ausgangsbild eines akuten Trinkerwahnsinns oder eines Delirium tremens; manchmal sind die deliranten Zustände nur angedeutet. Das Krankheitsbild charakterisiert sich nach Abklingen der akuten Erscheinungen durch das Fortbestehen von Gehörstäuschungen und Wahnvorstellungen; dazu gesellen sich aber meist Sensationen und Halluzinationen des Geruchs und Geschmacks; Grössenideen können sich einstellen. Der Zustand bleibt Jahre lang derselbe, jedenfalls tritt keine Progression ein, in einzelnen Fällen blassen die Erscheinungen allmählich ab. Stets ist ein erheblicher Grad geistiger Schwäche und Stumpfheit vorhanden, aber die Kranken unterscheiden sich von gewissen Endzuständen der Dementia praecox dadurch, dass sie eine grössere geistige und gemütliche Regsamkeit behalten, Neigung zeigen sich zu beschäftigen, und in ihrem Benehmen natürlich bleiben. Charakteristisch sind schliesslich noch eigentümliche ausgesprochene

Schwankungen zwischen leidlicher Krankheitseinsicht und Zeiten von Gereiztheit, die meist mit lebhafteren Halluzinationen einhergehen.

Vedrani und Muggia haben eine Beobachtung mitgeteilt, von der sie angeben, dass sie in vielen Zügen den geschilderten Kraepelin'schen Fällen gleiche. Obwohl sie behaupten, dass es dem Krankheitsbilde Gewalt antun hiesse, es der Dementia praecox einzureihen, kann ich mich doch des Eindrucks nicht erwehren, dass Kraepelin den Fall eher seinen Verblödungsprozessen, als dem halluzinatorischen Schwachsinn der Trinker zuzählen würde. Erwähnt wird am Schluss, dass bei chronischen Alkoholisten eine grosse Menge differenter Geistesstörungen im Anschluss an vollständige oder abortive Delirien vorkommen, verschieden in Verlauf, Dauer und Ausgang. —

Wir sehen, dass die angeführten Autoren ganz allgemein an dem Vorkommen chronischer alkoholischer Psychosen mit paranoischem Gepräge nicht zweifeln; nur hier und da werden Bedenken geäussert, oder Versuche gemacht, eine Grenze zu ziehen gegen Fälle, bei denen der Alkoholmissbrauch nicht als alleiniger oder nicht als wesentlicher ätiologischer Faktor in Betracht kommt. In den gebräuchlichen Lehrbüchern der Psychiatrie finden wir, verschieden modifiziert, die gleichen Anschauungen. Dagegen steht Bonhoeffer auf einem anderen Standpunkt. Er umschreibt das Delirium und namentlich auch die akute Halluzinose der Trinker symptomatologisch sehr scharf, und neigt dazu, alle Fälle, die über den Rahmen dieser Symptomenkomplexe hinausgehen, als andersartige Erkrankungen aufzufassen. Namentlich warnt er vor der Verwechslung mit Krankheitsformen, die nur zunächst unter einem der Halluzinose ähnlichen Bilde verlaufen, aber von Anfang an eine progressive Tendenz besitzen; verdächtige Hinweise auf solche sieht er bereits in dem Auftreten von intestinalen hypochondrischen Sensationen sowie von Geruchs- und Geschmackshalluzinationen. Er gibt nur das Vorkommen einfacher geistiger Schwächezustände nach wiederholten Delirien oder Halluzinationen zu. In einem Falle hat er nach der vierten Erkrankung an Halluzinose sich ein progressives Wahnsystem entwickeln sehen; aber er

hält diesen Kranken für einen ohnedies zum Ausbruch einer paranoischen Psychose disponierten Menschen, der bereits nach seiner ersten Erkrankung den Keim der Wahnbildung erkennen liess. Die progressive Tendenz solcher Fülle führt er auf individuelle Momente beziehungsweise auf Komplikationen zurück, d. h. Faktoren, welche mit dem Alkoholmissbrauch nichts mehr zu tun haben. Diese Psychosen sind dann keine alkoholischen mehr.

Es ist eine missliche und undankbare Aufgabe, an fremden Krankengeschichten, welche zu bestimmten Zwecken mitgeteilt werden, Kritik zu üben. Mir erschien jedoch im vorliegenden Falle eine etwas ausführlichere Nebeneinanderstellung und nähere Betrachtung der niedergelegten Beobachtungen wünschenswert, weil sich daraus einige wichtige Schlüsse für die Klärung der uns beschäftigenden Frage ergeben.

1. Zunächst sehen wir, dass die überwiegende Mehrzahl der Autoren von chronischen alkoholischen Geistesstörungen paranoischen Charakters als von etwas nicht seltenem, wenn nicht etwas alltäglichem spricht.

2. Betrachten wir die mitgeteilten Beobachtungen und die auf ihnen basierenden Schlussfolgerungen genauer, so fallen ohne weiteres sehr weitgehende Differenzen in die Augen. Dieselben lassen sich nur zu einem kleinen Teile auf die zeitliche Verschiedenheit der Abfassung der Arbeiten und die dadurch bedingte Verschiebung in den allgemeinen psychiatrischen Anschauungen zurückführen; es scheint vielmehr, als ob jeder Autor besondere, von den anderen verschiedene Fälle seinen Ausführungen zu grunde gelegt habe.

Nasse schildert in seiner kurzen Mitteilung chronische Erkrankungen, als deren Hauptcharakteristikum er einen rasch sich entwickelnden, blühenden, wechselnden Grössenwahn hervorhebt.

von Speyr geht aus von der akuten alkoholischen Verrücktheit, die er als einer der ersten in Deutschland in präziser Fassung schilderte. Er verlangt von den chronischen Formen

die Symptomatologie der akuten, und nimmt an, dass jene aus dieser sich direkt entwickeln könne, bringt aber selber dafür kein Beispiel, wenn wir nicht seinen Fall X als solchen anerkennen wollen, in welchem nach mehreren Anfällen akuten Alkoholwahnsinns schliesslich einige Wahnideen nicht mehr korrigiert wurden. Die über 26 Jahre sich erstreckende Weiterbeobachtung seiner zwei ausführlicher angeführten Fälle lehrt, wie verschieden sich beide entwickelt haben. Umwandlung eines Delirium in chronische alkoholische Verrücktheit hat er nie beobachtet.

Luther beschreibt eine ganze Reihe von — akuten und chronischen — Formen, für die er allerdings nicht die volle Anerkennung als selbständiger klinischer Krankheitsbilder beansprucht. Seinen Ausführungen liegt nicht die scharfe Umgrenzung der akuten Alkoholparanoia zu grunde wie bei von Speyr; diese Erkrankung ist ihm anscheinend wenig bekannt, er trennt sie einmal nicht scharf von andersartigen akuten Psychosen und fasst sie zweitens zusammen mit symptomatisch ähnlichen chronischen Prozessen; er kommt auf diese Weise zu seinem alkoholischen halluzinatorischen Wahnsinn, einer Gruppe von 18 Beobachtungen, von denen 4 mit Defekt heilen, 8 chronisch werden und die übrigen in Heilung übergehen. Er kennt ferner einen chronischen alkoholischen Grössenwahn. Gesondert betrachtet er als eigene Gruppe Fälle, die nach seiner Meinung direkt aus einem Delirium tremens hervorgegangen sind, aber keine gemeinschaftlichen besonderen Züge besitzen, sondern sich in weitgehendem Maße von einander unterscheiden. Diese Mannigfaltigkeit der Erscheinungsformen der alkoholischen Psychosen sieht L. begründet einmal in der Verschiedenheit der Form und Konzentration des genossenen Alkohols, dann in der Verschiedenheit der Lebensbedingungen, des Volkscharakters, der Konstitution und der individuellen Widerstandsfähigkeit der den Alkohol Geniessenden.

Meyer kennt einmal chronische Formen, die aus einer akuten Halluzinose hervorgehen, und in ihren Symptomen mit dieser übereinstimmen. Seine etwas weitere Fassung der Symptomatologie der akuten Halluzinose wendet er auch auf die chronischen Fälle an. Von dem Rest seiner Beobachtungen

betont er die symptomatische Übereinstimmung resp. Verwandtschaft mit Kraepelin's Dementia praecox. Nur einer seiner mitgeteilten Fälle stellt seiner Ansicht nach den Ausgangszustand eines Delirium tremens dar.

Für Wernicke ist der Übergang einer typischen akuten Alkoholhalluzinose in eine chronische Halluzinose nichts seltenes, zumal nach wiederholten Erkrankungen.

Kraepelin beschreibt in den letzten Auflagen seines Lehrbuches einen bei Trinkern stets rasch sich entwickelnden Zustand geistiger Schwäche mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen, den er von andersartigen Defektzuständen symptomatisch abgrenzt und als das Ausgangsbild einer akuten alkoholischen Psychose auffasst. Das Zustandsbild entspricht etwa einem unheilbar gewordenen Wahnsinn.

3. Die Angaben über die Häufigkeit des Vorkommens schwanken gleichfalls innerhalb sehr weiter Grenzen. Die grössten Zahlen haben wohl Nasse und Luther.

4. Des weiteren verdient die Art beachtet zu werden, wie die einzelnen Autoren den alkoholischen Ursprung ihrer Fälle begründen.

Naturgemäss handelt es sich stets um Trinker. Als Beweis dafür wird in der Regel die Anamnese angeführt und ferner das Vorhandensein der nervösen Störungen, die in ihrer Gesamtheit als charakteristisch für den chronischen Alkoholismus gelten. Für viele der mitgeteilten Beobachtungen sind diese beiden Tatsachen die einzigen, auf welche die Auffassung von der alkoholischen Natur der psychischen Erkrankungen gestützt wird; namentlich gilt dies für eine grosse Anzahl der Luther'schen und auch der Meyer'schen Fälle. Meyer selber fasst das ausdrücklich dahin zusammen, dass er — u. a. — dann von alkoholischen Psychosen spricht, „wenn wenigstens vielfache nervöse und psychische (scl. alkoholische) Störungen der Geistesstörung vorangegangen sind".

In zweiter Linie wird als beweisend für die alkoholische Natur einer chronischen paranoiden Geistesstörung die nachweisbare Entwickelung aus einer der anerkannten akuten alkoholischen Psychosen, des Delirs und der akuten Halluzinose,

angeführt. Bezüglich des Delirium tremens herrscht in dieser Hinsicht keine völlige Einigkeit; von Speyr betont ausdrücklich, dass er nie aus einem Delirium sich hat eine chronische Paranoia herausbilden sehen; Luther dagegen führt eine ganze Reihe einschlägiger Beobachtungen an. Leider sind seine Anamnesen in dieser Richtung recht kurz und jedenfalls nicht geeignet, eine Reihe von Einwänden, die sich machen lassen, zu entkräften. Dass das einzige dieser Delirien, welches in seinem ganzen Verlauf in der Anstalt beobachtet worden ist, nach der kurzen Schilderung zum mindesten ein recht ungewöhnliches Bild darbietet (Ausbruch am 27. Tage bei völliger Abstinenz, längeres Prodromalstadium mit der Wahnidee, von Holz und Eisen elektrisch angezogen zu werden, lytischer Abfall in etwa 11 Tagen, Fehlen des kritischen Schlafes), ist bereits erwähnt worden, desgleichen, dass das Tatsachenmaterial nicht ausreichend erscheint, welches Meyer in seinem ersten Falle für den zeitlichen und ätiologischen Zusammenhang der chronischen Psychose mit dem ihm nur aus Schilderungen von anderer Seite her bekannten angeblichen Delirium tremens bringt. Dagegen liegen eine grössere Reihe von in vielen Punkten übereinstimmenden Mitteilungen über Trinker vor, bei welchen nach der ersten oder noch häufiger nach wiederholten Erkrankungen an akuter Halluzinose die Krankheitserscheinungen nicht abklangen, sondern chronisch wurden; in anderen Fällen entwickelte sich das Krankheitsbild von vornherein chronisch ohne akuten Beginn. Meist wird angegeben, dass der Symptomenkomplex dauernd derselbe blieb, dass im weiteren Verlauf keine anderweitigen wichtigen Elementarerscheinungen sich hinzugesellten. Jedoch sind auch in dieser Hinsicht die Angaben keineswegs übereinstimmend, sie wechseln mit der mehr oder weniger engen symptomatischen Fassung des Krankheitsbegriffes akute Halluzinose.

Schliesslich sehen wir, dass ein Teil der Autoren für die chronischen paranoiden Zustände alkoholischen Ursprungs ein mehr oder weniger bestimmtes symptomatisches Gepräge in Anspruch nimmt, während andere das nicht tun. Den extremsten Standpunkt vertritt hier Meyer mit dem Satz, der Alkoholismus kann jede Form der Geisteskrankheiten hervorrufen.

Die Schwierigkeiten, die der Verwertbarkeit der geltend gemachten beweisenden Momente im Einzelfalle entgegenstehen, und die Einwände, die sich gegen ihre Vollwertigkeit erheben lassen, liegen auf der Hand.

Es ist eine triviale Weisheit, dass nicht jede chronische Geistesstörung, welche bei einem Potator zur Entwicklung kommt, alkoholisch sein muss. Alle Autoren erkennen das, stillschweigend oder ausdrücklich, an, aber trotzdem kann man vielen den Einwand nicht ersparen, dass sie wahrscheinlich noch immer zuviel auf das Konto des chronischen Alkoholmissbrauches geschoben haben. In erster Linie möchte ich auch hier wieder Luther nennen. Jedenfalls ist es nötig, sich stets vor Augen zu halten, dass ein notorischer Trinker an einer Geistesstörung erkranken kann, der er auch ohne Potatorium verfallen wäre; wir wissen, dass in psychotisch belasteten Familien Trunksucht häufig ist, und dass andrerseits in Trinkerfamilien auch diejenigen Mitglieder, welche nicht trinken, in höherem Grade der Gefahr der Erkrankung an Geistesstörung ausgesetzt sind, als in anderen. Im Einzelfalle wird nur ein sorgfältiges Abwägen aller in Betracht kommenden Momente, dahin gehört namentlich auch eine sorgfältige Anamnese, eine gewisse Garantie gegen Fehlschlüsse bieten; aber gerade daran fehlt es leider in der bisher vorhandenen einschlägigen Literatur — vielleicht nur Meyer ausgenommen — fast völlig.

Das gleiche gilt selbstverständlich, wenn der in Frage kommenden Erkrankung nicht nur nervöse Störungen, sondern auch ausgesprochene Psychosen (Delirium, akute Halluzinose) voraufgegangen sind, oder wenn die ersten Zeichen einer chronischen Geistesstörung direkt nach einem Delir oder einer akuten Halluzinose manifest werden.

Noch nach einer anderen Richtung hin entstehen hier Schwierigkeiten. Das Symptomenbild der akuten Halluzinose, so weit wir es heute kennen, ist zweifellos kein spezifisch alkoholisches. Von verschiedenen Seiten wird darauf hingewiesen, dass im Verlauf und namentlich im Beginn anderer Krankheiten (z. B. der Paralyse und gewisser katatonischer Formen) gar nicht selten Zustandsbilder vorkommen, die ohne genaue Kenntnis der Anamnese zunächst nicht vom akuten

Trinkerwahnsinn zu unterscheiden sind. Die Differentialdiagnose gegenüber der akuten alkoholischen Halluzinose kann ganz besonders schwer sein, wenn es sich gleichzeitig um einen Trinker handelt, oder wenn nervöse Störungen vorhanden sind, die als alkoholisch bedingt aufgefasst werden können. Entwickelt sich in einem solchen Falle eine chronische paranoische Psychose, so bleibt es zweifellos bis zu einem gewissen Grade in das Belieben des Einzelnen gestellt und von seinen sonstigen Erfahrungen und Anschauungen abhängig, ob er sich für die Diagnose einer akut beginnenden und dann chronisch gewordenen Alkoholhalluzinose entscheidet, oder ob er von einer chronischen Psychose spricht, die unter dem Bilde einer akuten Alkoholhalluzinose in die Erscheinung getreten ist. Den Beweis für die Richtigkeit der einen oder der anderen Anschauung werden wir vielfach heute nicht bringen können. Die Durchsicht der Literatur zeigt, dass die Psychiater zur Zeit in der Mehrzahl der ersteren Auffassung zuneigen. Die Frage lässt sich ernsthaft diskutieren bei Fällen, deren initiales Zustandsbild in allen Symptomen der typischen echten Alkoholhalluzinose entspricht; stellt sich aber heraus, dass von Anfang an, oder sehr bald nach Einsetzen der Erkrankung Züge vorhanden sind, wie sie der überwiegenden Mehrzahl der zweifellosen Fälle nicht zukommen (z. B. allmählicher Beginn, zahlreiche Sensationen, Halluzinationen auf dem Gebiet des Geruchs und Geschmacks u. a. m.), so berechtigt das zu Zweifeln an der Richtigkeit der anfänglichen Diagnose, eben weil wir wissen, dass halluzinoseähnliche Bilder vielfach auch sonst vorkommen. Wir sehen aber, dass ein Teil der Autoren den symptomatischen Begriff der akuten Alkoholhalluzinose gar nicht so eng fasst, und zwar sind das gerade diejenigen, die am ausdrücklichsten für das Vorkommen chronischer paranoischer Erkrankungen auf alkoholischer Basis eintreten. Luthers Stellungnahme zu dieser Frage ist bereits mehrfach betont worden, und diejenige Meyers erhellt aus einigen Beobachtungen, die er — als allerdings ungewöhnliche Formen — der akuten Alkoholparanoia zurechnet.

In dem einen Falle Meyer's (IV) ist der Beginn ein allmählicher; von anfang an klagt der Kranke über eigenartige Geruchs- und Geschmackshalluzinationen, für die er ebenso eigenartige Er-

klärungswahnideen äussert; erst nach Monaten soll zu Hause Heilung eingetreten sein. Ein zweiter (VII) beginnt ebenfalls nicht akut und erstreckt sich mit Unterbrechungen oder Remissionen über eine Reihe von Jahren; über den endgültigen Ausgang ist nichts bekannt geworden. Bei einem Dritten schliesslich (V), der schon in der Jugend wiederholt geisteskrank gewesen war, dann im Alter von 31 Jahren akut mit Angst und Gehörstäuschungen erkrankte, aber sich von Anfang an eigenartig benommen zu haben scheint, und schliesslich nach 4 Monaten anscheinend mit voller Krankheitseinsicht entlassen wurde, stellte sich später heraus, dass er die Einsicht nur simuliert hatte. und dass er $1^3/_4$ Jahre nach Beginn der Erkrankung noch an seinen Wahnvorstellungen festhielt; er kam später wieder zur Aufnahme.

Von solchen und ähnlichen atypischen Formen ist es zum mindesten zweifelhaft, ob sie als alkoholische in demselben Sinne aufgefasst werden dürfen wie die typischen akuten Halluzinosen, und sie sind, wenn sie das Anfangsstadium einer chronischen paranoiden Psychose bilden, jedenfalls nur mit grosser Vorsicht für die Beweisführung der alkoholischen Natur dieser Krankheiten zu verwerten.

Bezüglich des Delirium tremens sind wir in dieser Hinsicht insofern besser daran, als hier die differential-diagnostischen Schwierigkeiten sehr viel geringer sind. Jedoch sind auch Delirien, die ausschliesslich aus der Anamnese bekannt sind, oft nur mit Vorsicht zu verwerten, da die Erfahrung lehrt, dass von Laien und nicht psychiatrisch geschulten Ärzten häufig alle möglichen Erregungszustände — Potatorium vorausgesetzt — als Delirium tremens bezeichnet werden, selbst wenn wir absehen von der Unterscheidung zwischen Delir und Halluzinose.

5. Eine ausdrückliche Stellungnahme zu dem Begriff Ätiologie finden wir nur bei Meyer. Die übrigen Autoren machen keine weiteren Angaben darüber, welche Zugeständnisse sie anderweitigen ursächlichen Faktoren machen, wenn sie von alkoholischen Psychosen reden. Dass von allen mehr oder weniger gleichzeitig der Prädisposition und ähnlichen Momenten Rechnung getragen wird, lässt sich vielfach zwischen den Zeilen lesen. Wir haben gesehen, dass bei Meyer der Begriff „alkoholischer Ursprung“ recht unscharfe Grenzen angenommen hat. Es wird

uns diese Tatsache den Weg zeigen, zum mindesten einen Teil der einander widersprechenden Anschauungen über die chronischen alkoholischen Psychosen zu vereinigen.

6. Eine Frage von mehr theoretischer Bedeutung wird in der angeführten Literatur gelegentlich berührt (Raecke), das ist die Abgrenzung der erworbenen dauernden Defektzustände und der sog. Residuärzustände von den eigentlichen chronischen Psychosen. Von ersteren pflegt man zu sprechen, wenn man die Symptome meint, die nach dem Ablauf des Krankheitsprozesses — dauernd oder vorübergehend — zurückbleiben. Ihre Unterscheidung von den fortschreitenden chronischen Krankheitsprozessen (den chronischen Psychosen im eigentlichen Sinne) macht in der Praxis oft genug Schwierigkeit; vielfach ist noch strittig, wieweit einzelne elementare Symptome den Schluss erlauben, dass der Krankheitsprozess noch nicht abgelaufen ist; ich brauche hier nur an die Verschiedenheit in der Bewertung der Halluzinationen zu erinnern (Wernicke's Lehre von der Dissoziation). Die Frage gewinnt für uns besondere Bedeutung, da es scheint, als ob die Korsakow'sche Psychose klinisch in recht reiner Weise einen blossen residuären Zustand darstellt, der nach einer akuten diffusen oder multiplen Schädigung des Gehirns zurückbleibt.

Die Entscheidung der berührten Frage käme vor allem in Betracht bei Fällen, die sich angeblich aus einer akuten Halluzinose oder einem Delir entwickelt haben.

Die Mehrzahl der aus der Literatur angeführten Beobachtungen geht weit über den Rahmen dessen hinaus, was als blosser Residuär- oder Defektzustand zu bezeichnen wäre. Vielfach handelt es sich wahrscheinlich um progrediente, event. erst nach längerer Zeit zum Stillstand kommende Prozesse. Raecke hebt das ausdrücklich für die Gruppe von Fällen hervor, die er im Auge hat.

IV.

Eines der hauptsächlichsten Resultate bei der Durchsicht der Literatur ist die weitgehende symptomatische Verschiedenheit der Fälle, die von den Autoren als chronische Alkoholpsychosen beschrieben werden. Gemeinsam ist ihnen fast nur das Potatorium in der Anamnese und das Bestehen nervöser oder psychischer, durch Alkoholmissbrauch bedingter Symptomenkomplexe im Beginn der Erkrankung. Von Krankheitsbildern verlangen wir sonst, dass sie auch ohne Kenntnis der Vorgeschichte und eventueller ätiologischer Momente diagnostizierbar sind. Beim Delir, bei der akuten Alkoholhalluzinose wird das selten Schwierigkeiten machen. Ihr Zustandsbild und ihr Verlauf ist so typisch, dass wir sogar berechtigt sind, aus ihrem Vorhandensein den Schluss auf voraufgegangenen Alkoholmissbrauch zu ziehen. Für die sog. chronischen Alkoholpsychosen fehlt eine solche einheitliche Symptomatologie. Den einzigen Versuch einer präzisen Umschreibung wenigstens einer Gruppe von Fällen finden wir bei Kraepelin.

Wenn bei einem notorischen Trinker eine Manie mit den bekannten Zügen der manischen Phase des zirkulären Irreseins zur Entwicklung kommt, so wird jedenfalls die Mehrzahl der Psychiater nicht von einer Alkoholpsychose reden trotz des abusus spirituosorum und trotz eventuell bestehender neuritischer Störungen oder selbst voraufgegangener Delirien. Das gleiche würde zutreffen für einen typischen epileptischen Dämmerzustand, obwohl wir wissen, dass der Alkoholmissbrauch hier sehr häufig eine auslösende Rolle spielt. Eine echte Paralyse bezeichnen wir nicht als alkoholische Erkrankung, selbst wenn jahrzehntelanger Potus vorangegangen ist. Manie, epileptischer Dämmerzustand, Paralyse sind Krankheitsbilder, die wir gut

kennen, und von denen wir wissen, dass sie in unzähligen Fällen ohne jeden Alkoholmissbrauch vorkommen. Wir sind deshalb von vornherein geneigt, den Alkoholmissbrauch in der Anamnese nicht als ätiologisches Moment, sondern höchstens als auslösenden, beschleunigenden Faktor, oder als mehr oder weniger zufällige Komplikation zu betrachten.

Bei der grossen Häufigkeit solcher Komplikation von Geistesstörung mit Alkoholmissbrauch wäre deshalb in jedem Fall der Nachweis wichtig, dass es sich nicht um eine Krankheitsform handelt, die auch sonst, ohne Potatorium, vorkommt. Die Unterbringung in solche wohl bekannten Krankheitsformen ist uns aber heute erst bei einem Teil aller Psychosen möglich. Es bleibt eine grosse Menge von Fällen, für deren Ordnung uns zur Zeit höchstens einige allgemeine grosse Gesichtspunkte zur Verfügung stehen, von denen wir aber nicht einmal wissen, ob sie das wesentliche treffen. Auf diesem grossen Felde ist Vermutungen aller Art, insbesondere auch solchen ätiologischer Natur, ein weiter Spielraum gelassen. —

Fälle, wie sie Meyer beschreibt, d. h. katatonische oder hebephrenische Erkrankungen bei Säufern gehören gewiss nicht zu den Seltenheiten. Sie werden naturgemäß besonders häufig zu finden sein in einem Krankenmaterial aus Gegenden mit starkem Schnapskonsum. Es passiert dabei oft genug, dass das kurze ärztliche Zeugnis nur über die alkoholischen Antezedentien berichtet, während eine genaue von Angehörigen und Bekannten erhobene Anamnese später genügend Anhaltspunkte für schon länger bestehende psychische Veränderungen anderer Art ergibt.

I.

Julius Z. von D. Gastwirt, geb. 12. XI. 1865. Belastung nicht bekannt; mittelgut veranlagt. Fleissig, ordentlich, keine Charaktereigentümlichkeiten. Vor 2 Jahren Heirat, gleichzeitig ungünstiger Geschäftskauf, Vermögensverluste. Gleichfalls seit 2 Jahren stärkerer Potus, besonders aber seit dem Herbst vorigen Jahres. Nach Angabe eines Bekannten hat er mindestens das 6 fache von dem getrunken, was andere trinken. Trank schon morgens in nüchternem Zustande. Seit einem halben Jahre allmählich verändert. Wiederholt Ausbrüche von Verzweiflung und von Zorn über seinen Vermögensverlust. Wurde „melancholisch“,

dazwischen Erregungen. Nach dem ärztlichen Zeugnis fallen in diese Zeit „mehrere Anfälle von Delirium tremens." Zuletzt vernachlässigte er sein Geschäft, wurde gleichgültig und unfreundlich gegen die Gäste, sprach nicht mehr, ging und sass still herum, schlief wenig, verweigerte zeitweis die Nahrung vollständig und bot einen „Zustand von Stumpfsinn" dar. Wegen Gewalttätigkeit am 10. VII. 1896 in die Heidelberger Irrenklinik.

Schlaffe, ausdruckslose Züge; Pu. reagieren, aber wenig ausgiebig, P. S. R. gesteigert, Patellarklonus. Enormer, schüttelnder Tremor der Hände; starker stossender Tremor der Zunge. Unsicher auf den Füssen, Schwanken bei Augenschluss. Leichte neuritische Symptome. Undeutliche Sprache.

Macht benommenen Eindruck, ängstlich, zittert am ganzen Körper, widerstrebt allen Maßnahmen, antwortet erst auf wiederholtes Fragen einzelne leise Worte. Beruhigt sich bald, wurstelt dann an seiner Decke herum, zupft am Leintuch und an seinem Körper. Apathisch, gleichgültig. Über Personalien genau orientiert. Weiss den Tag nicht, über den Ort ausweichende Antworten. Lässt sich Halluzinationen des Gesichts und des Tastsinnes nicht suggerieren.

In den nächsten Tagen weiter andauernde Unruhe; geht viel ausser Bett, schläft wenig. Spricht spontan fast kein Wort, antwortet leise, und zwar meist nur: ich weiss nicht. Zupft und wischt viel an Bett und Körper herum. Gleichgültiger, lächelnder Gesichtsausdruck. Häufig einander widersprechende Angaben über Krankheitsgefühl.

VIII. 1896 — Anfang III. 1897. Der Kranke drängt jedesmal sinnlos fort, sobald der Arzt die Abteilung verlässt. Äussert dabei nichts weiter als immer wieder: Herr Doktor, ich will heim, lassen Sie mich heim, u. ähnl. Klammert sich an den Arzt, wird aber nie aggressiv. Sobald der Arzt fort ist, legt er sich ruhig in sein Bett; drängt mit den Wärtern nicht heraus. Gegen die Umgebung ganz teilnahmlos. Verfertigt fast täglich Briefe und Telegramme sehr stereotypen Inhaltes an seine Frau. Die Schrift die anfangs sehr zittrig und ungeschickt gewesen war, ist fest geworden. Schlaf und Nahrungsaufnahme besser.

III. 1897. Zugänglicher. Bringt zunächst jedesmal seine stereotypen Redensarten vor, dann gibt er ganz verständig Auskunft. Drängt gelegentlich noch hinaus; es genügt aber, ihn umzudrehen, dann läuft er ruhig von der geöffneten Thür fort in sein Bett. Spricht viel halblaut vor sich hin in eine Fensternische oder gegen die Wand hinauf.

8. V. 1897. Unverändert in die Pflegeanstalt.

In der Pflegeanstalt anfangs das gleiche sinnlose Herausdrängen. Ladet den Arzt ein, mit ihm in einem Hotel der Stadt eine

Flasche Wein zu trinken. Wird bald ruhiger. Bringt ständig seine stereotypen Redensarten vor. Schreibt viel Briefe, die auf langen Seiten nichts enthalten, als dass er gesund sei und nach Hause wolle.

IV. 1897. Heiterer, ruhiger. Noch immer die alten Sätze. Starker Schwachsinn. Gelegentlich Grössenideen: er kenne viele hochstehende Personen, die in seinem Gasthause logiert hätten, Fürsten und Grafen. Gedächtnis nicht geschwächt. Sei zu Hause schon krank gewesen. Habe nicht gesprochen und nicht gegessen aus Kummer über sein Geschäft. In Heidelberg sei er unrechtmäßigerweise zurückgehalten worden.

VIII. 1897. Fängt an sich etwas zu beschäftigen. Darf ausgehen, dankbar dafür.

24. 9. In heftiger Erregung, weil er nicht entlassen werde. Beschuldigt die Ärzte. Droht mit Ohrfeigen.

19. 10. 1897. Erregung dauert an. Völlig uneinsichtig. Droht mit Rache. Auf Wunsch der Frau entlassen.

Nach einer späteren Mitteilung des Bürgermeisteramtes hat sich Z. gut gehalten und ist im Jahre 1900 angeblich an Bleikolik gestorben. Weiteres ist nicht bekannt geworden.

II.

Marie Fr. aus Tr., Gastwirtsfrau, geb. 24. 10. 1857. Nerven- oder Geisteskrankheiten in der Familie nicht bekannt. Stets träge, schlecht veranlagt. Früher gesund, nur einmal Gelenkrheumatismus mit folgendem Herzfehler. 6 Kinder leben. 6 gestorben. Trinkt seit 2—3 Jahren grosse Mengen Schnaps, Wein und Bier. War bis dahin eine gute Mutter und Hausfrau. Seit etwa 2 Jahren schimpft sie häufig, äussert Beeinträchtigungsideen, ist träge und indolent geworden, spricht zum Fenster hinaus auf Personen, die gar nicht da sind, ist von Hause ohne Strümpfe und Schuhe fortgelaufen und hat öfter Männlein und Tierchen gesehen.

Aufnahme in die Heidelberger Klinik am 27. 2. 1901. Dicke Frau, hochgradig stumpf und indolent, gibt nur langsam Antwort. Ausweichende, widerspruchsvolle Angaben bei Fragen nach Orientierung. Werde schon seit Jahren herumgestossen, nur der Cognak habe sie erhalten. Habe nachts öfter Tiere und eine weisse Gestalt gesehen, sei ängstlich gewesen, habe allerlei Schimpfreden und Drohungen gehört. P. S. R. lebhaft, Wadenmuskulatur auf Druck schmerzhaft. Stiche in die Haut des Unterschenkels werden gut empfunden. Kein Romberg. Grober Tremor der Hände und Finger, Zunge zittert. Pu. mittelweit, reagieren. Keine Sprachstörung. Urin enthält Spuren von Eiweiss.

5. 3. Seit der Aufnahme ganz apathisch im Bett. Wird für einen Augenblick lebhafter, wenn man sie schüttelt, wehrt ab, antwortet, versinkt aber sofort wieder, sobald man sie in Ruhe lässt. Gesichtsausdruck blöde-euphorisch. Isst sehr wenig. Ist einigemale mit der Sonde gefüttert worden.

7. 4. Ein wenig regsamer, gibt besser Auskunft Bringt die Namen ihrer Kinder nicht zusammen. Träge in allen Äusserungen und Bewegungen. 8 kg Gewichtsabnahme. Flache Antworten. Keine Äusserungen von Wahnideen. Nimmt keinen Anteil an den Vorgängen in ihrer Umgebung. Kennt niemanden bei Namen. Meint, der Cognak würde sie wieder gesund machen. Sitzt oder steht herum.

30. 4. Hat eine fieberhafte Erkrankung durchgemacht (bis 39,5°) mit Schmerzhaftigkeit einzelner Muskeln, namentlich des r. Quadriceps, Schwellung und Schmerzhaftigkeit einiger kleiner Gelenke. Gute Reaktion auf Natr. salicyl.

29. 5. Unverändert hochgradig indolent; interesselos, untätig. Liegt oder steht stumpf herum, spricht spontan gar nicht, antwortet selten und dann meist ausweichend. Isst genügend.

30. 6. Unverändert. Die Gelenkschwellungen kehren von Zeit zu Zeit wieder.

1. 8. Ausgesprochener Negativismus; will nicht aufstehen, nicht ins Bett gehen, will nicht in den Garten und erhebt jeden Abend ein grosses Geschrei, wenn sie zurück soll ins Haus. Im Garten geht sie stets an demselben Platze auf und ab und pflückt an ihren Fingern. Setzt passiven Bewegungen starren Widerstand entgegen.

7. 9. Stets das gleiche Bild äusserster Indolenz.

30. 10. 1901. Unverändert nach Hause abgeholt. Gewichtsabnahme von 70 auf 59 kg. Bei einem Besuche in ihrem Heimatsort (26. 6. 1902): Steht den ganzen Tag umher, sitzt höchstens einmal kurze Zeit. Liegt nachts nicht in der Mitte des Bettes, sondern stets auf der Kante der Bettlade. Arbeitet nie, spricht selten ein Wort. Isst nicht mit den Angehörigen am Tisch. „Immer das Gegenteil muss man sagen, wenn sie etwas tun soll."

Nach einem Bericht des Mannes vom 1. 9. 1904 befindet sich die Kranke noch immer in dem gleichen Zustande.

Beiden Fällen gemeinsam ist ein seit Jahren bestehendes schweres Potatorium, gemeinsam ist ihnen ferner der Befund von neuritischen Störungen und von Tremor in den ersten Tagen nach der Aufnahme. Bei dem Manne wird in der Anamnese von Zuständen von Delirium tremens berichtet, und er bot in der ersten Zeit in der Klinik Symptome dar, die als

alkoholdelirante gedeutet werden können (Unruhe, Zupfen); bei der Frau scheinen gleichfalls solche vorhanden gewesen zu sein. Bei beiden sind von den Angehörigen gleichzeitig mit dem Beginne der stärkeren Trunksucht, oder jedenfalls bald nach dem Beginn derselben, psychische Veränderungen beobachtet worden, die symptomatisch in den Rahmen der Erkrankungen passen, die später zum Ausbruch kamen. Im Falle II entwickelte sich ein katatonischer Stupor, der nach 3½ Jahren noch fast unverändert anhält; im zweiten Falle bestand über ein Jahr lang ein Krankheitsbild gleichfalls mit zahlreichen katatonischen Zügen, das dann sich wesentlich gebessert zu haben scheint.

Zwingende Gründe für die Annahme eines ätiologischen Zusammenhanges in dem Sinne, dass die Geistesstörung, die in der Klinik beobachtet worden ist, eine Folge des Potatoriums gewesen sei, liegt in beiden Fällen nicht vor. Es liegt jedenfalls ebenso nahe, ist allerdings auch ebensowenig zu beweisen, dass die stärkere Trunksucht eine Folge der beginnenden Psychose war. Müssig ist desgleichen die Frage nach der Bewertung des Alkoholmissbrauches etwa für die Beschleunigung des Ausbruches, die Dauer oder die Schwere der Erkrankung. Wir dürfen nicht vergessen, dass wir über alle diese Fragen z. Z. nichts sicheres wissen. —

Dass es ratsam ist, selbst mit der Diagnose chronischer Alkoholismus vorsichtig zu sein, lehrt die Krankengeschichte eines Falles, der anfangs als einfacher alkoholischer Schwachsinn aufgefasst wurde, bei dem sich aber nachträglich Anhaltspunkte für die symptomatische Natur der Trunksucht ergeben haben.

III.

Christof Nau. aus W., Landwirt, geb. 21. 1. 1853. Schwere erbliche Belastung. Vater und Bruder des Vaters waren bigott. Mutter erlitt 1897 einen Schlaganfall. Zwei Brüder der Mutter sollen geisteskrank gewesen sein. Ein Bruder des Pat. war in einer Irrenanstalt und hat sich einige Jahre später erhängt. Körperlich und geistig normal entwickelt. Seit 1877 verheiratet. 4 Kinder leben, 4 sind tot.

Begann Ende 1896 stark zu trinken, wollte nicht mehr arbeiten, er habe das nicht nötig, kaufte allerlei zusammen.

Kam nur wenig nach Hause, sprach viel. Mehrmals gewalttätig gegen die Frau. Deshalb zuletzt in den Ortsgewahrsam eingesperrt. Ging einmal nachts auf den Kirchhof, weil er angeblich seinen verstorbenen Vetter etwas fragen wollte.

I. Aufnahme in die Heidelberger Klinik am 1. 7. 1897. Ruhig, geordnet, völlig orientiert; bestreitet, seine Frau misshandelt zu haben. Keine Angst, gibt aber zu, in der letzten Zeit aufgeregt und reizbar gewesen zu sein, dazwischen mitunter niedergeschlagen. Kein deutlicher Tremor. Pu. reagieren. Reflexe erhalten. Beschäftigt sich in den nächsten Tagen auf der Abteilung, macht sich nützlich. Ohne jede Einsicht. Nichts auffälliges im Benehmen. Nach 10 Tagen mit der Diagnose alkoholischer Schwachsinn entlassen.

Zu Hause hat N. weiter getrunken; um die Mitte des Jahres 1898 hörte er selber damit auf, wurde wieder nüchtern, ordentlich und arbeitete fleissig. Ende 1899 fing er abermals an, viel in die Wirtshäuser zu laufen, trank sehr viel, schon Morgens Schnaps, misshandelte die Frau, trieb sich viel herum. Schliesslich musste die Frau kurz vor ihrer Entbindung vor ihm flüchten; in den letzten Tagen ging er auf sie mit dem Messer los. Er wurde wieder eingesperrt und am 21. 11. 1900 zum zweiten Male in die Klinik gebracht.

Bei der Aufnahme orientiert, ruhig, natürlich. Bestreitet, seine Frau bedroht zu haben, leugnet Eifersuchtsideen, rühmt sich. Chronischer Magenkatarrh, Vomitus matutinus. Druckempfindlichkeit der Waden, P. S. R. gesteigert. Tremor der gespreizten Finger.

In den nächsten Wochen ruhig, gleichmässiger Stimmung, wälzt alle Schuld auf seine Frau.

I. 1901. Fleissiger Hausarbeiter; drängt auf Entlassung. Seiner Trunksucht gegenüber ganz verständnislos.

II. Ungehalten über seine Zurückhaltung, gelegentlich räsonierend. Meist fleissig. Beschönigung seiner alkoholischen Gewohnheiten. „Sittlich stumpf, nach seiner Entlassung wohl bald wieder rückfällig".

16. 3. 1901. Ruhig geordnet. Fleissig. Für seine Trunkenheit, für die Misshandlungen der Frau einsichtslos. Wälzt alle Schuld auf andere. Hat nicht die Absicht, das Trinken aufzugeben. Auf Wunsch der Frau entlassen. Diagnose: alkoholischer Schwachsinn.

N. hat sich seitdem draussen gut gehalten. Er ist sehr fleissig, sorgt für seine Familie. „Trinkt seinen Schoppen, ohne dass es ihm schadet". Bei einem Besuch in seinem Orte (13. 9. 1904): Gute Erinnerung an den Aufenthalt in der Klinik, kennt die Namen der Ärzte und Wärter. Volle Einsicht. Nichts wahn-

haftes. Natürliches Benehmen. Keine Stimmungsschwankungen. Schlaf zeitweis schlecht, gelegentlich nächtliches Aufschrecken. Hin und wieder Ohnmachtsanwandlungen. Von epileptischen Antezedentien nichts zu erfahren. Ruhiger, gesetzter Mann, durchaus nicht schwachsinnig. Kein Trinkerhabitus.

Die Frau des Kranken hat noch angegeben, dass ihr Mann etwa im Jahre 1890 einen Erregungszustand durchgemacht hat, der den ganzen Sommer über andauerte. Der Arzt habe von einer Gehirnentzündung gesprochen und Eisumschläge auf den Kopf verordnet. Der Kranke sei zeitweis nicht bei sich gewesen. Schon einige Zeit vorher sei er eine Zeit lang gedrückt gewesen. Die Arbeit ging ihm nicht von der Hand, man musste ihn aufheitern. Etwa 1894 habe er einen ähnlichen Anfall wie 1890 gehabt. 1890 habe er zeitweise getrunken, 1894 nicht. In den Zwischenzeiten stets solide.

Aus den anamnestischen Angaben geht hervor, dass es sich um einen erblich schwer belasteten Menschen handelt, der selber zum mindesten dreimal kurze Zeiten psychischer Störungen durchgemacht hat und in den Zwischenzeiten als völlig normal galt. Die Diagnose alkoholischer Schwachsinn ist durch die Beobachtung des weiteren Verlaufes nicht bestätigt worden; wir werden nicht einmal berechtigt sein, den Kranken als einen chronischen Alkoholisten in dem gewöhnlichen Sinne zu bezeichnen. Vielmehr ist aller Wahrscheinlichkeit nach seine Trunksucht als symptomatisch aufzufassen. Die zugrunde liegende Psychose dürfte sich am ehesten in das zirkuläre Irresein einreihen lassen. Durch diese Annahme würden eine Reihe von auffallenden Zügen aus der Zeit vor der ersten Aufnahme erklärlich (seine Unstetigkeit, Kauflust und Vielgesprächigkeit), vor allem aber auch die ganz ungewöhnliche zweimalige völlige Spontanheilung von anscheinender Trunksucht. Vielleicht war der diagnostizierte Schwachsinn durch eine hypomanische Stimmungslage vorgetäuscht. —

Erhebliche Schwierigkeiten können der Beurteilung entstehen bei Degenerierten, welche trinken. Bei ihren psychotischen Zuständen ist es oft nicht möglich zu entscheiden, was auf Rechnung des Alkoholmissbrauches zu setzen ist, und was anderweitig bedingt ist, da auch ohne Alkoholabusus delirante und halluzinatorische Episoden vorkommen, die dem Delirium

tremens und der Alkoholhalluzinose ähneln können. Als ein Beispiel dafür sei der folgende Fall mitgeteilt:

IV.

Georg E. aus Mannheim, geb. den 11. 2. 1878, Eisendreher. Vater ein sonderbarer Mensch, der früher stark getrunken hat; ein Bruder geistig nicht ganz normal; ein Neffe des Vaters geistesgestört. Pat. selber ist körperlich und geistig normal veranlagt, war in der Schule und in der Lehre stets brav. Mit $^3/_4$ Jahren einige Wochen lang Krämpfe; später stets gesund, insbesondere nichts epileptisches. Lernte $4^1/_2$ Jahre als Mechaniker. Vom 19. Jahr an (seit $2^1/_2$ Jahren) unregelmäßiges Leben, Exzesse in Venere et Baccho, trieb sich herum, war oft ohne Arbeit; trinkt seit derselben Zeit sehr stark. 1896 Geldstrafe wegen Körperverletzung. Anfang 1899 einen Monat Gefängnis wegen Hausfriedensbruches und Betrugs, Dezember 1899 sieben Wochen Gefängnis wegen Unterschlagung und Diebstahl. Strafende am 24. 1. 1900. Hat in der Strafanstalt nichts besonderes dargeboten. Nach der Entlassung trank er sehr viel und lief planlos umher. Am 3. 2. fiel er der Umgebung auf; er glaubte sich von Leuten verfolgt, hörte Stimmen. Nach seiner eigenen Angabe hat er schon am Abend des 27. 1. gemerkt, wie ihm immer Leute folgten, die er nicht sah, aber hörte; es hiess: „den kriegen wir, uns kommt er doch nicht hinaus, jetzt muss er herhalten". Er lief auf die Polizei, wurde aber abgewiesen. Sein früherer Lebenswandel wurde ihm beständig vorgeworfen. Im Krankenhaus sei es erst recht losgegangen. Sobald es dunkel wurde, habe er in der Isolierzelle Köpfe von Hingerichteten gesehen. Dazwischen Zeiten, in denen er nach Angabe des Arztes völlig normal und orientiert war, und in denen er selber zugab, zu „spinnen".

Aufnahme in die Heidelberger Irrenklinik am 14. 2. 1900. Vollkommen orientiert, „ich spinne, höre in einem fort Stimmen und sehe Figuren". Erzählt mit grosser Zungenfertigkeit. Habe nach der Entlassung aus dem Gefängnis drei Tage lang Wein, Bier und Schnaps durcheinander getrunken. Nach einer späteren Mitteilung hat Pat. auch früher schon sich gelegentlich auffällig benommen, einmal z. B. auf der Strasse die Hosen ausziehen, ein anderesmal in den Neckar gehen wollen. In den Tagen vor der Unterbringung ins Krankenhaus ist er ängstlich gewesen, legte Beil und Hammer neben sich, um die Verfolger zu empfangen, predigte auf der Strasse wie ein Pfarrer auf der Kanzel, sprach fromme Sachen und betete.

Er gibt zwar zu, krank zu sein, ist aber der festen Überzeugung, dass die angedrohten Strafen an ihm vollzogen werden, beteuert dabei seine Unschuld.

16. 2. Tag und Nacht in grosser Unruhe, antwortet oft erregt auf Sinnestäuschungen. Hört, er solle geköpft werden, sein Vater habe Stiche auf dem Kopf: die Schwägerin des Bezirksarztes solle seine Braut sein.

17. 2. Habe keine Ruhe. Durch seinen Kopf gehen alle seine Strafen. Sein Freund M. wolle durchaus seinen Kopf haben; erst wolle man ihn chloroformieren, dann sezieren. Dabei orientiert. Alles werde ihm „herausgezogen"; keinen Atemzug könne er tun, ohne dass der M. mitspreche.

20. 2. „Alle Gedanken, die ich habe, die hat der M. auch, der zieht mir meine Gedanken heraus!" Kümmert sich gar nicht um seine störende Umgebung. Isst gut, schläft sehr wenig.

23. 2. Das Glied wird ihm von aussen her künstlich mit Elektrizität steif gemacht; man elektrisiert seinen Hals so, dass er ihn nicht bewegen kann. Es sei eine Revolution zwischen Deutschland und Russland ausgebrochen. Man habe ihm die Gebärmutter unten weggenommen und sie ihm in den Hals, in den Kehlkopf gesteckt. In der Nacht sehr unruhig, hört schiessen und läuten; hört, er solle umgebracht werden. Kein Krankheitsgefühl mehr, alles werde künstlich gemacht.

4. 3. Halluzinirt in derselben Weise weiter, reagiert durch Schimpfen. Zahlreiche Sensationen. Lediglich mit sich beschäftigt; Nahrungsaufnahme gut, Schlaf schlecht.

11. 3. Halluzinirt weiter stark. Er sieht seine Kollegen neben dem Bett, und er hört sie sprechen. Von weitem rufen ihn die Zigeuner. In der Nacht würgt man ihn. Tagsüber wird er chloroformiert, ein Giftregen fliesst auf ihn, der Hals wird dick.

26. 3. Seit ca. 10 Tagen ruhiger, halluziniert aber noch. Warf einmal plötzlich seine Schuhe zum Fenster hinaus.

28. 3. Bestreitet Halluzinationen.

1. 4. Auf Wunsch des Vaters entlassen.

2. Aufnahme 9. 4. 1900. Wird in verwahrlostem Zustande aus dem Krankenhaus gebracht. Hatte zu Hause nicht arbeiten wollen, trank herum, war ungehorsam, schlug.

20. 4. Fleissig, ruhig, geordnet. Bekümmert darum, was man mit ihm anfangen werde.

25. 5. Ruhig, arbeitsam. Vorübergehend reizbar, jähzornig. Bestreitet noch Stimmen zu hören.

6. Arbeitet im Garten, fleissig, anstellig. Freundlich, munter.

25. 6. 1900. Entweicht bei der Gartenarbeit.

3. Aufnahme 31. 12. 1900. Hat inzwischen als Mechaniker gearbeitet, hielt aber nirgend recht aus. Spürt selber seit einiger Zeit, dass er nicht ganz richtig sei. Sah alles mögliche wenn er die Augen schloss. Soll aus Ärger viel getrunken haben.

Eifersuchtsideen gegen seine „Braut", mit der er seit 4 Jahren verkehrt, und welche 17 Jahre älter ist als er. Vor 2 Tagen nach einem Streit Erregungszustand, in welchem er alles zusammenschlug und gewalttätig wurde. Anzeige wegen Hausfriedensbruches.

Bei der Aufnahme ruhig, gibt gut Auskunft. Urin frei von Eiweiss.

22. 1. 1901. Fleissig, geordnet, keine Erregungen.

5. 2. Fleissig. Will keine Stimmen mehr hören, nichts mehr sehen.

10. 3. Erregt bei Besuch der Braut.

23. 3. 1901. Seither im ganzen ruhig und geordnet. Reizbar. Entweicht heute bei der Gartenarbeit.

Juli 1903. Kommt in die Poliklinik. Klagt über Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. Halluziniert viel. Sei nie ganz frei davon, solange er allein sei; bei Beschäftigung sei es besser.

4. Aufnahme 18. 5. 1904. Nach Angabe der Braut ist es (seit 1901) anfangs leidlich gegangen. Arbeitete fleissig, wenn er Arbeit hatte; wurde gelobt, hielt aber nie lange aus, vertrug es vor allem nicht, wenn man ihn einmal schlecht behandelte; liess dann alles stehen und liegen und lief davon. Zeitweise musste ihn die Braut aushalten. Trinkt seit einem Jahr wieder stark. Verträgt wenig. 1901 in Untersuchungshaft, weil er dem Vater eine Uhr gestohlen hatte, 1903 unter Anklage wegen Fahrraddiebstahls; beide male auf ärztliches Zeugnis hin freigesprochen.

Seit einigen Wochen erregter. Trank viel in schlechter Gesellschaft. Lief öfter auf die Polizei: „Da habt ihr mich, verhaftet mich." Erzählte, in der Klinik sei er von den Fussspitzen an ausgebrannt worden, die Zehen seien ihm ausgerissen worden usw. Soll sehr viel onaniert haben.

Bei der Aufnahme ruhig, gleichmütig. Stotternde Sprache. Besonnen, orientiert. Erzählt, er habe, wenn er allein war, immer sprechen, hören, was andere Leute vorher in seiner Gegenwart gesagt hätten. Das sei aber dummes Zeug, sei nur in seinem Kopf. Ungenaue, widerspruchsvolle zeitliche Angaben über die letzten Jahre. Seit 1/4 Jahr habe er sich fast jeden Abend einen halben Rausch angetrunken, angeblich um schlafen zu können. Will seit der letzten Entlassung dauernd „Stimmen" gehört haben. Wenn er die Augen schloss, habe er den reinsten Circus gesehen. Sieht auch jetzt bei blossem Augenschluss allerhand Figuren, eine Schachtel, einen dicken Mann. Manchmal habe er zu Hause Angst bekommen, es sei ihm gewesen, als wenn jemand zum Fenster hinein wolle. Einmal habe er gesehen,

dass immer Hasen zur Tür hinausliefen; am Tage zuvor sei er in einem Hasenstall gewesen. Das alles wurde sofort schlimmer, sobald er trank. In letzter Zeit 7—10 Glas Bier, dazu schon morgens Schnaps. Pu. reagieren, kein Tremor, Reflexe nicht gesteigert. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Keine neuritischen Erscheinungen.

21. 5. Ruhig im Bett. Natürlich, zugänglich, bestreitet Halluzinationen. Gute Erinnerung an die früheren Aufnahmen hier. Sei damals „überzwerch" gewesen. Schildert anschaulich die erste Erkrankung; es kam ganz plötzlich. 4—5 Männer sprachen vor der Tür. Die Kessel aus seiner Fabrik seien in die Luft geflogen, die Schiffe im Neckar fingen an zu brennen. Viel Angst er werde umgebracht. Seine Mutter, glaubte er, läge in der Leichenhalle, auf einmal trat sie ihm entgegen. Die Stimmen stellten Fragen an ihn „wie in der Schule." Hatte Geschmack nach Chloroform. Hörte Befehle. In der Zelle des Krankenhauses sah das Licht an der Decke wie eine alte Frau aus, aus deren Mund kleine Flämmlein auf ihn zu kamen. Er wurde auf eine Feuerwehrleiter gesetzt und in den Neckar gefahren; dort wurde die Leiter umgekippt, in Mannheim an der Brücke kam er wieder heraus u. s. w.

Das Erzählen macht ihm Freude; volle Einsicht für die erste Erkrankung. Diese Einsicht sei erst nach der zweiten Entlassung gekommen.

Seitdem fast ununterbrochen von Zeit zu Zeit Stimmen.

7. 7. Arbeitet ausserordentlich eifrig im Garten. Schiebt selber alle Schuld auf den Alkohol. Will Guttempler werden.

22. 7. 1904. Entlassen.

5. Aufnahme 15. 9. 1904. Polizeilich nach wiederholten Eigentumsverbrechen eingeliefert. Jedesmal vom Bezirksarzt exkulpiert. Unverändert. Ruhig. Fängt bald an zu arbeiten. Wenn er die Augen schliesst, sieht er, was er sehen will. Lebhaft, natürlich.

10. Geordnet, lenkbar, fleissig, kommt aber leicht in Affekt. Grosse Versprechungen. Sorglos, heiter.

Es handelt sich um einen psychopathisch belasteten jungen Menschen mit normaler Entwicklung, welcher nach einem unregelmäßigen ausschweifenden Leben von mehreren Jahren im Alter von 22 Jahren im Anschluss an Trinkexzesse eine akute Psychose bekommt, die zum mindesten grosse Ähnlichkeit mit einer Alkoholhalluzinose hat. Dieselbe klingt im Lauf von einigen Monaten langsam ab. Es kommt zu Krankheitseinsicht. In den darauffolgenden Jahren führt der Kranke in der Gross-

stadt weiter ein unstätes Leben und trinkt zeitweise stark. Er halluziniert von Zeit zu Zeit und bekommt gelegentlich Erregungszustände. Seine Halluzinationen schildert er der Hauptsache nach als Nachklingen von wirklich gesprochenen Worten oder als Nacherleben von wirklich erlebten Situationen; er ist jederzeit imstande, bei Augenschluss Bilder und Szenen zu sehen. Verblödung tritt nicht ein; der Kranke bleibt zugänglich, natürlich, er arbeitet fleissig, solange er unter Aufsicht ist, kann sich aber in der Freiheit nicht halten, gerät in schlechte Gesellschaft, stiehlt und trinkt. Seine Intelligenz sei keineswegs schlecht.

Dass E. ein haltloser Dégénéré ist, dürfte keinem Zweifel unterliegen. Aber welche Bedeutung haben seine psychotischen Zustände und namentlich der erste, längerdauernde? Dass derselbe vor allem im Beginn den Eindruck einer akuten Alkoholhalluzinose macht, ist erwähnt worden. Auffallend ist aber einmal das jugendliche Alter des Patienten, ferner die zahlreichen phantastischen Gesichtstäuschungen und deliranten Halluzinationen, die gar nicht an das „Beschäftigungsdelirium" der Alkoholdeliranten erinnern, sondern vielmehr an die Sinnestäuschungen in Dämmerzuständen hysterischer Personen. Ungewöhnlich sind auch die vielfachen phantastischen abnormen Sensationen, schliesslich die kurze Dauer der Trinkexzesse (nur wenige Tage), die die Erkrankung auslösten. Es wird alles in allem nach der vorliegenden Krankengeschichte kaum möglich sein zu entscheiden, ob es sich um eine Alkoholhalluzinose bei einem pathologischen Individuum handelt, oder um eine ganz andersartige Psychose, die etwa dem Entartungsirresein angehört, oder schliesslich um eine Mischung von beiden. In letzterem Falle wäre es ebenso wenig möglich, mit Bestimmtheit die Symptome auseinanderzuhalten, welche als degenerative, und welche als alkoholische aufzufassen sind.

Noch schwieriger kann die ätiologische Deutung psychotischer Zustände werden, wenn sich, wie ich es mehrmals gesehen habe, bei einem Trinker ausser degenerativer Anlage epileptoide Symptome finden, welche im Anschluss an ein Schädeltrauma aufgetreten sind.

Schwierigkeiten anderer Art bieten die folgenden beiden Fälle:

V.

Philipp Gü. aus S., geb. den 17. 1. 1866. Über Geisteskrankheiten in der Familie nichts bekannt. Nach dem Pfarramtszeugnis in der Schule träge und dumm, eigensinnig und jähzornig. Mangelhafte Erziehung. Hat Klempnerei erlernt. 1884 in die Fremde. Keine Krämpfe. Seit Jahren Schnapstrinker. Von 1893 bis 1902 22 mal wegen Bettelns und Landstreichens bestraft, 3 kleine Strafen wegen Diebstahls usw.

Am 23. 3. 1899 wegen Bettelns in das Amtsgefängnis in Buttstädt. Während der Haft am fünften Tage erregt, sah Hunde und Männer mit Revolvern, hörte im Keller Menschen sprechen, die ihn umbringen wollten, schrie, tobte. Wurde ins Krankenhaus gebracht, entfloh aber aus demselben und lief in das Gefängnis zurück, weil er sich dort sicherer fühlte.

30. 3. 1899 in die psychiatrische Klinik zu Jena*). P. S. R. stark gesteigert, Patellarklonus, Ach. S. R. gesteigert. Gleichmütig, heiter, ruhig. Feinschlägiger Tremor der Zunge und Finger. Habe niemals ein Delir gehabt, auch jetzt nicht. Im Gefängnis seien im Strohsack seines Bettes Männer und schwarze Katzen gewesen, draussen sei der Amtsrichter gestanden und habe davon gesprochen ihn umzubringen.

31. 3. Hat gut geschlafen, drängt auf Entlassung. 5. 4. hält an der Wirklichkeit der im Gefängnis erlebten Dinge fest. Arbeitet. 10. 4. Ruhig, geordnet, will sich Arbeit suchen, bestreitet geisteskrank gewesen zu sein.

11. 4. 1899. Gebessert entlassen. Diagnose: abgelaufenes Delir. potat.

Nach der Entlassung wandte er sich nach Buttstädt, um seine Papiere zu holen; musste noch 2 Tage nachträglich absitzen. Gleich am ersten Tage ging die gleiche Geschichte wieder los (spätere Angabe des Kranken): an der Tür sprachen ein par Kerle leise davon, ihn im Schlaf zu überfallen. Nach Strafende lief er hintereinander 8 Stunden weit, um seine Verfolger los zu werden. Wanderte, fand keine regelmäßige Beschäftigung,

Am 20. 5. desselben Jahres wegen Vagabondierens ins Amtsgefängnis V. Von Anfang an schlaflos und lärmend. Glaubt sich verfolgt. Verbarrikadiert sich, im Strohsack stecken ein par Burschen, die durchaus nicht herauszubekommen sind.

27. 5. 1899. Zweite Aufnahme in die Jenenser Klinik. Schwitzt stark, unruhiger, leicht gespannter Gesichtsausdruck,

*) Mit gütiger Erlaubnis von Herrn Geheimrat Binswanger.

zittert stark, gibt erregt Antwort; sei nicht krank, werde nur verfolgt von den Kerlen aus Buttstädt. In V. seien sie mit Waffen in seine Zelle gedrungen um ihn zu morden. Verwahrlost, Kontusionen, Puls 120. Zunge stark belegt. Harn frei von Eiweiss. Unsicherheit der feineren Bewegungen, Zittern, Romberg; Pu. reagieren normal. Reflexe sämtlich etwas gesteigert. Sprache etwas stolpernd.

Orientiert, ruhig. Kongestioniert, im Gesicht dicke Schweisstropfen. Geordnet, prompte Antworten. In V. habe er grosse Angst gehabt, hörte: lebend kommt er diesmal nicht heraus. Zwei Jungens hätten im Strohsack gelegen und sich gegenseitig zugerufen: Karl, gib ihm eine! Gleichzeitig hiess es draussen: Wir müssen sehen, wie wir die Jungens wieder herauskriegen. Als der Aufseher hereinkam, waren die beiden auf rätselhafte Weise verschwunden. Eine ganze Woche lang jede Nacht „derselbe Zauber". Konnte nicht schlafen, stand beständig an der Tür auf der Lauer.

28. 5. Hat gut geschlafen, ruhig, keine Angst. Fühle sich hier sicher. 29. 5. Geht mit zur Arbeit. Hält fest an der Wirklichkeit der Erlebnisse in B. und V. 30. 5. Die Söhne des Krankenwärters in Buttstädt hätten ihn erschiessen wollen. Könne sich nicht erklären, wie die beiden immer wissen konnten, wo er gerade war. Es sei wohl Rache von ihnen dafür, dass er ihnen gedroht habe, als sie ihm Gespenster vorzaubern wollten. 10. 6. Scheu, finster, ohne Einsicht. 1. 7. Allerlei kleine Wünsche, pocht auf jede Arbeitsleistung. 15. 7. Arbeitet regelmäßig, aber ohne viel Energie. 10. 8. Dauernd fleissig und geordnet, aber finster, scheu und zurückhaltend. 1. 11. Immer sehr fleissig, etwas geselliger und offener. 1. 2. 1900. Unverändert. Finster, verdrossen, arbeitet in der Stadt. 1. 3. Hält an allem fest. 15. 3. Negiert die halluzinatorischen Erlebnisse.

19. 3. 1900 gebessert entlassen.

1901 und 1902 7mal wegen Bettelns und Landstreichens verurteilt, zuletzt am 6. 8. 1902 mit einer Woche Haft und Überweisung. Am 19. 8. 1902 ins Arbeitshaus eingeliefert. Führte sich dort anfangs gut, war fleissig und arbeitsam. Anfang Oktober meldete er sich beim Arzt wegen Kopfschmerzen und Stechen im Körper. Führte dieselben darauf zurück, dass er magnetisiert werde. Die Söhne des Aufsehers von Buttstädt hätten ihm einen Magneten in sein Bett genäht. Unruhiger Schlaf. Am 26. 10. sehr höflich gehaltenen Brief an das Bürgermeisteramt in Buttstädt: es sei im März 1899 einer in seiner Zelle gewesen, der sich mit Zauberei und den Künsten des Magnetismus beschäftigte usw., er wolle nach seiner Entlassung nach B. kommen und Entschädigung beanspruchen.

18. 11. 1902 Überweisung in die Heidelberger Irrenklinik. Völlig geordnet. Bestreitet, in Jena damals ein Delirium gehabt zu haben. Will sich beschweren wegen des Magnetisierens und wegen der Schattenbilder, die man ihm in B. gemacht habe. Vor März 1899 habe er nie so etwas gemerkt. Sehr genaue zeitliche Angaben über die Zeit nach der zweiten Entlassung aus Jena. 6 Tage danach hätten ihn die beiden Buttstädter überfallen, betäubt und bestohlen. Als er erwachte, lag er im Grase und alle seine Sachen waren fort. Im folgenden Winter wurde er von ihnen mit drei anderen zusammen abermals betäubt und bestohlen. Im Arbeitshaus ist „mit dem Magneten in die Stube hineingeworfen worden". Die beiden sollen ihr Alibi nachweisen. Lebhaft, geordnet, geht auf alles ein; auffallende Ausdrücke nur, wenn er auf seine Sinnestäuschungen zu sprechen kommt. Kenntnisse sehr dürftig.

14. 12. Fleissig, nicht stumpf. Hält an allem fest. Die aus B. sind auch hier hinter ihm. Es ist ständig ein unangenehmer süsslicher Magnetgeruch um ihn. Dieser Geruch war auch im Arbeitshaus, er fing etwa vor einem Jahre an. Datiert den Beginn der Verfolgungen mit grosser Konstanz auf den Aufenthalt in B. (März 1899). Behauptet jetzt, es habe auch damals in der Zelle schon so eigentümlich gerochen. Er habe die Schattenbilder der beiden Söhne des Aufsehers gezeigt bekommen, habe sie damals noch nicht gekannt, aber sie später in zwei angeblichen Wanderburschen wiedererkannt, die sich ihm anschlossen. Hier ist es manchmal, als wenn mit einem Brennglas auf der Hand herumgebrannt wird, das zieht dann in die Zehe und ins Ohr. Besonders nachts merkt er einen scharfen Geruch.

15. 1. 1903. Arbeitet fleissig. Zeitweise hypochondrische Klagen. Schiebt alles auf die Buttstädter.

15. 2. Unverändert; manchmal unwirsch, setzt Arbeit aus.

15. 3. Mehrtägige Erregung, in der er Gegenstände zertrümmert. Im Bade Beruhigung; bittet danach wieder um Arbeit.

10. 4. Die alten hypochondrischen Klagen. Arbeitet fleissig in der Schneiderstube.

26. 5. Unverändert. Geordnet, fleissig, gleichmäßig. Fluchtpläne. Für die akute Zeit ganz einsichtslos. Hat wohl manches vergessen, dazu Erinnerungsfälschungen und Verarbeitung im Sinne seines Wahnes. Beschwert sich öfter über Gerüche und Schmerzen, die durch Magnetisieren gemacht würden. Dauernd etwas zurückhaltend und misstrauisch.

25. 6. Es sei nach März 1899 jedesmal von neuem in der gleichen Weise losgegangen, sobald er in Haft kam. Aber auch auf der Strasse war er nicht frei davon. Jetzt ist ihm an manchen Tagen, „als wenn der Magnet ins Ohr gesteckt werde".

28. 7. Unverändert. Führt immer das grosse Wort, hetzt gern, aber selber harmlos. Hat einen Brief an das Amtsgericht Buttstädt abgesandt, in dem er um Nachforschung bittet.

3. 8. Wieder mehr Halluzinationen, namentlich des Geruchs, aber auch des Gehörs. Projiziert alles. Lebhaft, nicht gleichgültig. Droht mit gerichtlicher Verfolgung.

6. 8. 1903 in die Pflegeanstalt. Dort unverändert. Einigermaßen systematisierter Wahn, mehrsinnige Halluzinationen, „vollständig können sie einem die Gedanken weg nehmen". Ruhig, geordnet, fleissig bei der Feldarbeit. Hetzt.

19. 9. 1904. Bei Besuch in der Anstalt: ganz unverändert.

Wenn wir die chronische Psychose dieses Kranken als eine alkoholische auffassen, so können wir uns dabei nur darauf stützen, dass der Patient ein Trinker war, und dass seine Erkrankung allem Anscheine nach mit einer akuten Phase begonnen hat (März 1899), die als Delirium tremens gedeutet worden ist. Klinisch beobachtet ist dieselbe nicht, und nach den vorliegenden kurzen Angaben war es wohl zum mindesten kein typisches Delir; eher liesse sich noch an eine akute Halluzinose denken. Die zweite akute Phase im Mai desselben Jahres kommt für die Entwicklungsgeschichte der Krankheit nicht in Betracht, da wohl zweifellos der Kranke in der Zwischenzeit nicht gesund war, und da er selber mit grosser Bestimmtheit stets den Beginn seiner Verfolgungen auf die Buttstädter Zeit datiert.

Selbstverständlich würde selbst der sichere Nachweis, dass es sich um ein typisches Delir oder eine typische Alkoholhalluzinose nicht gehandelt hat, noch nicht gegen die alkoholische Natur der im Anschluss daran zur Beobachtung gekommenen chronischen Psychose zu verwerten sein. Vielleicht stellt sich heraus, dass die initialen akuten Phasen bei chronischen Alkoholpsychosen stets atypisch sind. Jedenfalls ist eine solche Einzelbeobachtung nur mit Vorsicht zu verwerten. Aus dem späteren Zustandsbild, das Gü. darbot, sind wohl kaum Rückschlüsse auf die alkoholische Ätiologie seines Leidens möglich. In Betracht zu ziehen ist als ursächlicher Faktor auch die Haft, unter deren Einfluss wir, vor allem bei Degenerierten, oft genug halluzinatorische Episoden auch ohne Alkoholmissbrauch sich entwickeln sehen.

VI.

Karl Heinrich Ni. aus H. Uhrmacher, geb. 4. 1. 1873. Vater ist an einem Rückenmarksleiden gestorben; Mutter gesund; zwei Geschwister leben, sollen nervös und hitzig sein. Mittlerer Schüler. Hat ausgelernt. 1893—95 beim Militär, gute Führung, keine Strafen. Danach bei seinem früheren Meister 4 Jahre Geschäftsführer. Solides Leben. 1899 eigenes Geschäft. Dasselbe ging nur kurze Zeit gut. Trinkt seit 3—4 Jahren gern. Hat viel in Wirtschaften zu tun mit Verkauf von Musikautomaten. Schon seit längerer Zeit morgentliches Erbrechen. Zerwürfnisse mit der Familie. Zog im Sept. 1903 von der Mutter fort. Trank noch mehr.

Kam am 21. 4. 1904 zur Schwester, erzählte aufgeregt, die Polizeidiener kämen, die Leute liefen ihm nach, die Kinder schrieen; sprach auch von hypnotisieren. Hörte sprechen. Arbeitete trotzdem weiter. Am 22. 4. arbeitete er „wie rasend“ in seinem Geschäft. Am 23. 4. sehr aufgeregt, er werde eingesperrt werden.

I. Aufnahme in die Heidelberger Klinik am 23. 4. 1904. Geordnet, gibt gut Auskunft, leichte motorische Unruhe. Nicht ängstlich. Injizierte Conjunctivae, vermehrte Schweisssekretion; etwas unsichere Bewegungen. Orientiert. Glaubt aber nach $1^1/_2$ Stunden schon mindestens 4 Stunden hier zu sein. Grosser kräftiger Mann; Pu. reagieren. Keine Facialisdifferenz. Grober Tremor der Zunge. Flattern der Gesichtsmuskulatur. P. S. R. lebhaft. Leicht stolpernde Sprache, Radialarterie hart, Puls 100. Herz etwas nach links verbreitert. Starker feinschlägiger Tremor der gespreizten Finger. Starkes Schwanken bei Stehen mit geschlossenen Augen. Urin enthält reichlich Eiweiss.

Sieht bei Druck auf die Bulbi einen Esel und darauf einen Mann mit einem Rausch. Lacht dazu. Auf Suggestion läuft er in die Zimmerecke, um etwas zu greifen. Lässt sich suggerieren, dass er Geldstücke in der Hand habe. Ausgesprochene Confabulationen bei der Aufgabe, ein vorgezeigtes Bild zu beschreiben. Starker Tremor bei Schriftprobe.

Zwei Stunden später liegt er schweissbedeckt, gepresst atmend und mit ängstlichem Gesichtsausdruck im Bett, erkennt den Arzt nicht, glaubt auf dem Schwurgericht zu sein. Auf energischen Hinweis richtige Angabe über den Ort. Behauptet schon mehrere Tage hier zu sein. Lässt sich Tiervisionen suggerieren. Jedoch motorisch ganz ruhig, kein Beschäftigungsdelir. Bleibt im Bett.

24. 4. Nachts häufig aus dem Bett gegangen. Hat stundenweise geschlafen. Heute: desorientiert, sei schon 4 Tage hier, sei wegen Erbschaftsangelegenheiten verhaftet. Bei Druck auf

die geschlossenen Augen: „Ein roter Fleck, ein Hundekopf, ein Spitz, ... noch einer; der zweite stets umgekehrt wie der erste, ein grosser Jagdhund“ usw. Ist ruhig, schläfrig. Erzählt, er habe nachts an den 7 (!) Ecken des Zimmers Gestalten gesehen, die ihn gefragt hätten; in der einen seine Mutter, in der andern Gott; er wurde examiniert wegen seines Glaubens. Gibt 6 — 8 Glas Bier, 3 — 4 Viertel Wein und einige Schnäpse zu.

25. 4. Müde. Tremor, Kopfschmerzen. Keine Druckvisionen mehr auslösbar. Sieht ein, dass die Erlebnisse krankhaft waren. Eiweiss im Urin verschwunden.

26. 4. Schlaff, fühlt sich zerschlagen. Genau orientiert. Erklärt die Erlebnisse für krankhaft, erzählt dagegen eine Geschichte, die ihm im vorigen Herbst wirklich passiert sein soll (s. u.).

30. 4. Immer noch matt, schläft schlecht.

2. 5. Hält noch immer an der Realität der Vorgänge im vorigen Herbst fest. Angaben wechseln in den Details etwas. Erzählt darüber: Im Sept. v. J. zog er von seiner Mutter fort und wohnte zunächst 3 Tage im Wirtshaus. Am vierten Tage holte er sich abends einige zurückgebliebene Sachen von der Mutter. Es fiel ihm auf, dass er ungewöhnlich freundlich behandelt wurde. Kurz darauf hörte er: „Den haben wir.“ Seine Schwester führte ihn in ein Zimmer mit einem besonders schönen Bett. Er legte sich, gleich darauf wurde es völlig dunkel, dann „kamen Scheinwerfer und kleine Punkte wie Brillanten“. Er musste ganz starr liegen, musste auf alles antworten. Der, der ihn fragte, hat alles gewusst von seinem 6. oder 8. Lebensjahr an (Pat. gibt bald an, es sei ein amerikanischer Professor, bald sein Bruder, dann wieder eine Dame gewesen). „Dann gingen die Bilder los: was ich mit meiner Mutter mache, wenn sie auf dem Sterbebette liegt, ob ich an Gott glaube usw“. Das ganze habe ca. 4 Std. gedauert. Es war, als ob ein übermäßiger elektrischer Strom durch seinen Körper ging, er spürte, dass die Fussgelenke geschwollen waren. Durch das Fenster sah er einen Helm blitzen. Dann hörte er wieder: „er hat ein nasses Auge, er weint, jetzt können wir nichts machen“. Darauf musste er heraus aus dem Bett und pantomimisch vormachen, wie man Bier einschenkt, wie man sich benimmt, wenn man mit einem Rausch nach Hause kommt u. ähnl. m. Nach alledem sei er ganz schwach geworden, sei bis zum nächsten Morgen um 10 Uhr liegen geblieben. Er selber habe nie über den Vorfall gesprochen, auch seine Schwester nicht. Er erkannte aber an den Mienen der Hausbewohner, dass sie von der Geschichte wussten. Er hörte sogar, wie ein Mann auf dem Hofe einem andern davon erzählte.

Getrunken habe er an dem fraglichen Tage nur 2 Glas Bier.

Nach diesem Erlebnis sei er immer aufgeregt gewesen, doch sei nichts ähnliches wieder vorgekommen.

5. 5. Hat besser geschlafen. Erzählt, dass er in der Zeit vor der Aufnahme eine „sehr lebhafte Phantasie“ gehabt habe: er konnte z. B. aus einem feinen Gitter einen Menschenkopf herausseben. — Gar kein Entlassungsdrang.

9. 5. 1904. Keine akuten Erscheinungen mehr. Korrigiert noch nicht völlig. Auf Wunsch der Angehörigen entlassen.

II. Aufnahme 2. 9. 1904. Hat seither sein Geschäft gut versehen, ist den Angehörigen als geistig normal erschienen, war liebevoll gegen die Mutter, hat von Wahnideen nichts erzählt, hat aber bald wieder angefangen zu trinken. Am 1. 9. hat er wieder, wie das erste Mal, „riesig gearbeitet“, und zwar angeblich gut, er glaubte, alle Leute warteten auf seine Arbeit. In der darauffolgenden Nacht lief er nackt in den Strassen der Stadt herum, erzählte den Schutzleuten, sein Bruder und noch andere Leute seien an sein Bett gekommen, um ihn zu erschiessen. Spricht mit Galgenhumor; er solle hingerichtet werden, sieht viele Gestalten.

Bei der Aufnahme orientiert, erkennt den Arzt wieder. Kein deutlicher Tremor. — 2 Stunden später voller Angst im Bett, hört Stimmen, er werde ins Gefängnis kommen. Antwortet zum Fenster hinaus. Entsinnt sich gut seines ersten Aufenthaltes. Sagt dazwischen: „Entschuldigen Sie, der Herr Professor ruft, der Ni. soll kommen!“ Er habe gestern den verlorenen Sohn spielen müssen bei den Katholiken; das Hirn sei ihm dabei verbrannt worden, dreimal habe man ihn mit Röntgenstrahlen behandelt, nur durch einen Zufall sei er überhaupt davongekommen. Damen seien in der Luft herumgeflogen, er sei mit Gesang verfolgt worden. Ein „fliegendes Gewebe“, ein „gewebartiger Gesang“ führte ihn; als er auf den Bahnhof wollte, wurde der Strom an dem ersten Gewebe etwas stärker gemacht. Dann musste er mit Gewalt in die Kirche, von da den Weg ins Gefängnis. — Wird durch Stimmen unterbrochen und abgelenkt. Druckvisionen sehr spärlich, Tasthalluzinationen nicht zu suggerieren. Feinschlägiger Tremor.

3. 9. Sehr erhebliche Schmerzen bei Druck auf Muskeln und Nervenstämme der unteren Extremitäten bei Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit der Haut. Schwäche des l. Peronaeus. P. S. R. fehlt rechts, ist links sehr schwach. Keine Ach. S. R. Auf dem linken Auge beim Blick nach aussen nystagmusartige Zuckungen. Im Urin Eiweiss und Zucker (Gährungsprobe). Puls 54.

4. 9. Ruhig. Wird von Stimmen über alles mögliche gefragt, und muss Antwort geben. Hört, er dürfe keinen Alkohol

mehr trinken, dann: er solle sich die Extremitäten ausreissen. Hat allerlei Gestalten gesehen; sein Glied ist steif gemacht worden und vor dem Fenster hat eine ganze Gesellschaft zugesehen. Gibt Möglichkeit der Täuschung auf Vorhalt zu. P. S. R. rechts nicht auslösbar, links schwach. Grosse Schmerzempfindlichkeit der Nervenstämme. Kein Eiweiss mehr im Urin, aber noch Zucker.

7. 9. Ruhig und geordnet. Kongestioniertes Gesicht. Viel Schweiss. P. S. R. wie oben. Alle Bewegungen hastig und ungeschickt. — Es sei ihm alles wie ein Traum, was er erlebt habe. Will jetzt keine Stimmen mehr hören. Urin frei von Eiweiss und Zucker.

14. 9. Steht auf. Geordnet, orientiert, freundlich. Korrigiert noch nicht alles. P. S. R. l. > r.; Ach. S. R. vorhanden, gleich; Muskeln und Nerven nicht mehr druckempfindlich.

16. 9. Macht ausführliche Angaben über seinen Lebenslauf. Erzählt die Geschichte aus dem Herbst vorigen Jahres wie früher. Weicht Fragen, ob er bei seinem ersten Aufenthalt hier geisteskrank gewesen sei, aus; er sei furchtbar aufgeregt gewesen. Gibt Potus für die Zwischenzeit zu, habe aber auch viel Ärger gehabt. Will den Sommer über keine Stimmen gehört haben, nur gelegentlich einmal eine Viertelstunde lang, wenn er auf nüchternen Magen getrunken hatte.

28. 9. Hat sich körperlich gut erholt. Hat eine leidlich gute Einsicht für die beiden akuten Erkrankungen, wegen deren er in die Klinik gebracht worden ist. Das ganze komme ihm wie ein Traum vor; er habe wohl „gesponnen" infolge vielen Trinkens. Dagegen hält er unweigerlich fest an der Realität der Erlebnisse im Sept. vor. Js. Stellt dieselben in Gegensatz zu den beiden anderen Zeiten; hat gar keine Einsicht dafür; das könne damals nur durch andere gemacht worden sein, es war nichts krankhaftes.

Oktober. Heiter, sorglos. Begehrt nicht fort. Beschäftigt sich nur wenig. Korrigiert die Erlebnisse der letzten Erkrankung, die der vorletzten vielleicht nicht mehr vollständig. Hält fest an der Wirklichkeit der Vorgänge im September 1903.

10. 11. Unverändert; auf Wunsch der Schwester nach Hause entlassen.

Hier handelt es sich um einen 33jährigen Menschen, der seit 3—4 Jahren stärker trinkt und eine kurze akute Psychose durchmacht, die wohl nur als eine der nicht seltenen Übergangsformen zwischen Alkoholhalluzinose und Delirium tremens aufgefasst werden kann; akuter Beginn mit Gehörstäuschungen ängstlichen Inhaltes und Verfolgungsideen; Tremor, Schweiss,

Druckvisionen, Suggestibilität, zeitweise delirante Desorientierung, 2 Tage lang Eiweiss im Urin; aber nur geringe motorische Unruhe und kein typischer, kritischer Schlaf. Dauer 4 Tage. Einsicht.

Danach anscheinend gesund. Trinkt weiter. 4 Monate später eine zweite ganz akute Erkrankung mit Angst und auffallendem Benehmen. Im Vordergrund stehen diesmal Gehörshalluzinationen, höchstens Andeutungen von delirantem Verhalten. Eigenartige Wahnideen, sonderbare Kunstausdrücke. Imperative Halluzinationen und Sensationen. Dazu ausgesprochene Polyneuritis, Peronaeusschwäche, Pulsverlangsamung und mehrere Tage lang Eiweiss und Zucker im Urin. Nach einigen Tagen Schwinden der Sinnestäuschungen, später auch der neuritischen Symptome. Allmählich völlige Einsicht.

Diese zweite akute Phase entspricht in ihren wesentlichen Zügen dem Bilde der akuten alkoholischen Halluzinose. Delirante Symptome sind nur wenige beigemischt. Bemerkenswert ist der rasch vorübergehende Befund von Eiweiss und Zucker im Urin. Ungewöhnlich sind aber die eigenartigen Wahnideen, von denen er aus dem Beginn der Krankheit berichtet, sowie einige Züge während der Beobachtung in der Klinik. Sie müssen jedenfalls den Verdacht nahe legen, dass es sich um mehr als eine einfache Alkoholhalluzinose handelt.

Nun erzählt der Kranke selber noch von einem kurzen psychotischen Zustand, den er ein halbes Jahr vor die erste Erkrankung datiert. Objektive Angaben über denselben liegen nicht vor, die Angehörigen wissen nichts davon. Nach der Schilderung des Patienten ist es am wahrscheinlichsten, dass es sich um einen motorischen Zustand gehandelt hat. Derselbe wird im Gegensatz zu den beiden anderen akuten Phasen nicht als krankhaft anerkannt.

Ein Anhalt, diesen Zustand als einen alkoholistischen zu deuten, liegt nicht vor; vielmehr wird man ihn als Symptom eines anderweitigen psychischen Leidens zu betrachten haben. Auch wenn wir annehmen, dass es sich etwa um einen der bei Trinkern vorkommenden Angstanfälle gehandelt habe, so müssten wir weiter die Annahme einer späteren Fälschung in der Erinnerung und wahnhafter Verarbeitung machen.

Die allerdings nur kurze weitere Beobachtung des Ni. nach dem Abklingen der akuten Erscheinungen hat keine sicheren Anhaltspunkte für das Vorhandensein einer chronischen Psychose ergeben. Die auffallende Sorglosigkeit kann auf Rechnung des chronischen Alkoholismus geschoben werden. Verdächtig wäre höchstens die Notiz, dass er dem Anschein nach die früher vorhandene Korrektur für den ersten delirant-halluzinatorischen Zustand nachträglich wieder verloren hat.

Wenn nun aber, was nach dem Gesagten in den Bereich der Möglichkeit gezogen werden muss, Ni. über kurz oder lang chronisch geisteskrank werden würde, so wären wir vor die Entscheidung gestellt, ob die dann bestehende chronische Psychose als eine alkoholische aufzufassen wäre. Die Schwierigkeit dieser Entscheidung erhellt ohne weiteres aus den Schwierigkeiten, die bereits der Beurteilung eines Teiles seiner akuten Zustände entgegenstehen. Dass zum mindesten bei dem zweiten und dritten der Alkoholmissbrauch eine sehr wesentliche ätiologische Rolle gespielt hat, dass möglicherweise sogar der zweite als rein alkoholisch bedingt aufgefasst werden kann, werden wir nach unseren derzeitigen klinischen Erfahrungen als sicher annehmen müssen. Daneben spricht aber mancherlei (namentlich die erste Episode und die eigenartige Färbung der dritten) dafür, dass möglicherweise noch ein anderer, vielleicht erst in der ersten Entwicklung begriffener chronischer psycho-pathologischer Prozess vorhanden ist, welchen als einen alkoholisch bedingten aufzufassen wir vorläufig keinerlei Grund und keinerlei Recht haben.

Würde Ni. jetzt oder nach einer späteren akuten Attacke chronisch geisteskrank, so läge es ohne genaue Kenntnis der Anamnese nahe, ähnlich wie bei einer Reihe von in der Literatur mitgeteilten Fällen an eine chronisch gewordene Alkoholhalluzinose oder an einen Endzustand nach einer akuten Alkoholparanoia zu denken. Die Berücksichtigung aller klinisch beobachteten Einzelheiten warnt uns vor dieser Auffassung. —

Kraepelin verlangt für seine Gruppe des halluzinatorischen Schwachsinns der Trinker nicht nur die Herausentwicklung aus einer akuten alkoholischen Phase, sondern auch ein spezifisches symp-

tomatologisches Zustandsbild. Die Zahl seiner dahin gehörigen Beobachtungen ist noch keine sehr grosse, die Fälle zeigen untereinander auch mancherlei Verschiedenheiten, von denen es sich noch nicht sagen lässt, ob sie wesentlich oder nicht wesentlich sind. Kraepelin spricht deshalb selber nur von einer vorläufigen Zusammenfassung. Die Wiedergabe eines Teiles der Fälle — der am meisten typischen wir mir scheint — geschieht an dieser Stelle mit gütiger Erlaubnis Herrn Professor Kraepelins. Es ist versucht worden, aus den Strafakten, durch Einforderung von Schulzeugnissen, Militärpapieren usw. die Anamnesen zu vervollständigen.

VII.

Oskar Krau, aus Berlin, geb. 22. 5. 1849, ledig. Spengler. Aus geordneten Verhältnissen. Belastung nicht bekannt. Schlecht gelernt, besonders Rechnen. Nicht Soldat. Mit 23 Jahren kurze Gefängnisstrafe wegen Diebstahls. Mit 25 Jahren erste Bettelstrafe. Bis Anfang 1896 im ganzen 52 Strafen wegen Bettelns und Landstreichens. 6 mal im Arbeitshaus (57 Monate).

Wird am 5. 5. 1896 in der Nähe von Heidelberg aufgegriffen und wegen Bruches der Landesverweisung verhaftet. War Anfang April einige Tage im Würzburger Krankenhaus (wunde Füsse, Kleiderläuse). Hat seitdem nicht gearbeitet. Am Tage nach der Verhaftung lässt er sich vorführen und erklärt: er wisse nicht, was er gestern unterzeichnet habe; er habe gehört, es sei sein Todesurteil gewesen; überhaupt habe er von verschiedenen Seiten vom Totmachen sprechen hören und vor Angst darüber nicht schlafen können. Wird belehrt und gibt sich zufrieden. Macht dem Beamten den Eindruck eines Simulanten. In der folgenden Nacht äusserst aufgeregt, zahlreiche Verfolgungsideen; 2 Männer stecken die Köpfe durch das Gitter und wollen ihn morden. Hört aus der Nebenzelle, er müsse sterben; dazwischen bittet eine weibliche Stimme: lasst ihn, er ist doch kein Stück Vieh. Am 7. 5. örtlich orientiert. Mäßiger Tremor der Finger, Zittern der Zunge, leichte Sprachstörung, gerötetes Gesicht. Gibt zu, in der letzten Zeit aus dem Rausch nicht recht herausgekommen zu sein. Isst nicht, es habe ja vor der Hinrichtung keinen Zweck mehr. Die Verbringung in die Klinik hält er nur für ein Mannöver, um ihn bequemer töten zu können.

Aufnahme in die Heidelberger psychiatrische Klinik am 7. 5. 1896. Tremor der Hände und Zunge. Reflexe lebhaft. Nervenstämme nicht besonders schmerzhaft. Pu. reagieren gut. Leichtes Stolpern beim Sprechen. Leber vergrössert. Herzaktion bei An-

strengung unregelmäßig. Personalien richtig. Orientiert. Er solle hingerichtet werden. 5 Männer sind dabei für 120 Mark. Hat Flaschen klappern hören. Es hiess: Du kriegst Bier. Habe im Gefängnis die Tür mit einem Strohsack verbarrikadiert: „man will doch sein Leben verteidigen." In die Wand waren Löcher gebohrt. Habe noch jetzt schreckliche Angst. Hört auch hier, er werde umgebracht. (Was ist da an der Wand?) „Ein schwarzer Punkt .... jetzt wird er grösser, .. jetzt ist es ein Käfer, .. da kommen Fliegen aus dem Hintergrund .... Fliegen, immer mehr Fliegen". (Was haben Sie jetzt in der Hand?) „Das ist weich .. es wird dicker .. immer dicker .. eine Wurst .. als wenn man eine Wurst in der Hand hat". Betastet das Betttuch: „es sieht aus wie eine Biene, ist aber keine Biene .. was soll da eine Biene daran sitzen?" Bei Druck auf die geschlossenen Augen: „Ein Mannskopf .. ich sehe mich selbst mit meiner Kleidung ... rot und rot mit Tulpen ... ein grosser Spitz kommt ... jetzt dreht sich alles ... jetzt ein Zopf, Figuren, lauter Figuren, es springt einer über den Spitz weg." (Was ist mit Ihnen?) Lachend: „Das ist das Delirium."

8. 5. Nicht geschlafen; ruhig. Es hätten immer Leute zum Fenster hineingeschaut. Habe gestern immer Flocken gesehen. Örtlich nicht genau orientiert. Fragt, ob er durch Ertränken oder durch Chloroformieren seziert werde. „Was ist schmerzloser." Zwischendurch fidel.

9. 5. Hat nicht geschlafen, war sehr unruhig. Sei 8 Tage hier. Habe den Verfolgungswahn gehabt, das Trommelfell sei entzwei, man habe mit seinem Gehirn Kegel geschoben. Fremde Leute trachten ihm nach dem Leben. Äussert sehr grosse Angst bei Verbringung in den Hörsaal. Mischung von Angst und Humor. Er sei ein beliebter Mann und scheide ungern aus dem Leben. „Da ist er ja, der Mann, man kann ihn nicht erkennen durch die Latten, Opium spritzt er immer herüber, hier kommt der Kalk dazu." Halluziniert akustisch während der Unterhaltung. Sieht eine Menge farbiger Puppen, alles ist mechanisch.

10. 5. Hat einen Teil der Nacht geschlafen. Angst, kniet vor dem Arzt; bittet, ihm das Leben zu lassen.

11. 5. Noch nicht orientiert. „Das ist keine ehrliche Hinrichtung, sondern ein gemeiner hinterlistiger Mord." Tremor fast verschwunden. Abends anscheinend ganz frei. Sieht alles als krankhaft ein.

12. 5. Morgens wieder sehr ängstlich, gereizt, grob, schimpft. Hier solle an ihm ein Lustmord verübt werden. 16. 5. Dieselben Verfolgungsideen, verlangt regelrechte gerichtliche Untersuchung. Nicht orientiert. Bezieht vieles auf sich. 17. 5. Unverändert, schreckhaft, schläft wenig, isst genügend. Misstrauisch, will nicht

Auskunft geben. Sehr grob. — In den nächsten Monaten dieselben Wahnideen; Angst, Misstrauen, resignierte Stimmung, Gehörshalluzinationen (er werde gemordet, im Abort ersäuft); verschafft sich einmal ein Messer, um sich gegen seine Feinde zu wehren; bittet, ihn doch wenigstens vorher zu chloroformieren. Dabei aber sehr auffallender, oft ganz plötzlicher Wechsel. Anfangs seltener, später häufiger für kürzere oder längere Zeit halbe oder fast völlige Krankheitseinsicht. Auch zu Zeiten, wo er die Gehörshalluzinationen und die Verfolgungsideen nicht als krankhaft zugibt, korrigiert er die deliranten Erlebnisse der ersten Tage. Einmal behauptet er, die jetzigen Verfolgungen hätten schon im August 1895 begonnen; es sei ihm immer gewesen, als ob über ihn geredet werde; deshalb angeblich häufiger Arbeitswechsel: „Draussen kann man ja den Verfolgungen aus dem Wege gehen."

Im November einige freie Tage, liest viel. Nach 2 Tagen wieder ganz unzugänglich. Ebenso im Dezember. Im Februar und März 1897 wiegen die freien Tage vor.

4. 3. Man kann 3 Zustände unterscheiden: a) unzugänglich, weicht aus, gibt keine Antwort, schimpft. b) Wenig zugänglich, hält an den Ideen fest, spricht aber wenigstens darüber und weicht nicht aus, bittet, ihm doch zum mindesten Chloroform zu geben. c) Heiter, aufgeräumt, Einsicht, alles sei dummes Zeug, spricht mit Humor von seiner Dummheit. Nach seinen Angaben ist stets die Angst das primäre.

In den folgenden Monaten derselbe Wechsel. Im September längere gute Zeiten.

9. 10. 1897 in die Pflegeanstalt. Dort ruhig, ohne Interesse, liest nicht, spielt nicht. Periodisch Zeiten, in denen er den Arzt ängstlich meidet und den Eindruck eines Halluzinanten macht. In den folgenden Jahren unverändert. Meist misstrauisch und zurückhaltend. Mitte 1903 zugänglich, freundlicher, humoristisch, liest viel, verrichtet etwas Hausarbeit, entzieht sich aber noch gern der Anrede und hält an den Verfolgungsideen fest. Januar 1904 fleissig, hat Freude an seiner Geige, glaubt nicht mehr, dass er in die Anatomie solle. Juni. Ruhig, zufrieden, freundlich, arbeitet, spielt Violine, hat spontane kleine Wünsche. August. Gleichmäßig ruhig, arbeitet unverdrossen, gutmütig.

19. 10. 1904. Bei Besuch in der Anstalt: Gute Angaben über Anamnese. Gar keine Einsicht. „In N. (bei der Verhaftung Mai 96) waren sie schwer hinter mir her, die schlagen einen tot für eine Flasche Bier." In Heidelberg habe man ihn sezieren wollen, „Doktors sind Doktors." Vorsichtig in seinen Äusserungen, misstrauisch, wird erst allmählich etwas offener. Sitzt gespannt auf dem Stuhl, achtet auf jedes Geräusch. Völlig geordnet, Bonhommie, rühmt sich, scherzhaft, humoristische Be-

merkungen. Ladet mich zum Schluss zu seiner Sektion ein: „Dann werden Sie auch sagen, Herr Doktor, der arme Teufel hat recht gehabt."

Bei nachträglicher Durchsicht der Strafakten des Kranken ergibt sich, dass er bereits 1895 eine kurze akute Geistesstörung durchgemacht hat: 21. 10. 1895 in Öhringen wegen Bettels verhaftet. Hat bis vor einigen Tagen gearbeitet. Unterschreibt ohne Tremor. 14 Tage Haft. Schreit in der Nacht zum 27. 10. um Hülfe, steht im blossen Hemd an der Tür, fragt den Amtsdiener, ob er denn die Leute nicht sehe und das Schaffot. Lässt sich beruhigen. In der folgenden Nacht noch unruhiger, sieht Gestalten umherhuschen, man wolle ihn mit einem Strick auf das Schaffot ziehen, kriecht unter die Bettstelle. 28. 10. ins Krankenhaus, Arzt diagnostiziert Alkoholdelir. Strafende 5. 11. Sitzt vom 5.—7. 11. eine Zusatzstrafe ab. Keine weiteren Notizen.

VIII.

Martin Ebe. von B., Bierbrauer, geboren 10. 5. 1856. Mutter soll periodisch geisteskrank gewesen sein. Gut gelernt, jedoch wird berichtet, dass er schon als Knabe seine „Schrullen" gehabt habe, „gespritzt" gewesen sei. Wurde Brauburssche. Beim Militär Novemb. 1876 bis August 1877. Als dienstuntauglich entlassen, Ohrenleiden angeblich infolge eines Schlages von einem Unteroffizier. Führung befriedigend. Anfang 1878 erste Bettelstrafe. Nach dem Strafregister bis 1895 26 mal bestraft, meist wegen Bettelns und Landstreichens, daneben wegen Ruhestörung und Unfug. 1880 Lues und Bubo. Frühjahr 1881 wegen Kopfschmerzen 14 Tage lang im Spital. Gibt selber an, er fühle sich seit 1880 nicht mehr wie früher, sei zeitweise verwirrt gewesen.

Am 26. 11. 1881 bettelt er in angetrunkenem Zustand, widersetzt sich bei der Verhaftung, prügelt, demoliert, wirft sich an die Erde, renommiert. Gibt nachher Bettel zu, entschuldigt sich mit Trunkenheit. Keine Amnesie. Unterschrift ohne Tremor. 4 Wochen Gefängnis und 3 Wochen Haft. Soll die ganze Zeit etwas aufgeregt gewesen sein. Am 10. 1. 1882 wird gemeldet, dass E. seit einigen Tagen geistesgestört sei (Verfolgungswahn verbunden mit Gehörs- und Gesichtshalluzinationen). Er wird leicht erregt, klagt über nächtlichen Samenfluss, über Schwindel, Sausen, Flimmern; er hört ständig bespottende und beschimpfende Stimmen, wird darüber zeitweise sehr wild und droht. Projiziert auf bestimmte Personen.

Am 23. 1. 1882. Überführung in die Heidelberger Klinik. Er gibt ausführliche Auskunft über sein Vorleben. Aus seinen Angaben wird geschlossen, dass er bereits August 1881 während

einer 6wöchigen Haftstrafe ein leichtes Delirium tremens durchgemacht habe. Die Strafakten enthalten nichts darüber. Während der letzten Strafe habe er nicht schlafen können; neben ihm habe einer gelegen, der, um ihn zu ärgern, immer hustete. Die Leute hätten fortwährend die Augen auf ihn gerichtet. Allerlei vage Sensationen. Blickt meist scheu vor sich hin; mitunter lebhafter Affekt.

31. 1. Ruhig, geordnet, isst und schläft gut. Fast täglich neue hypochondrische Klagen; seine Zunge ist zu gross, stosse gegen die Zähne, bittet, ihm ein Stück abzuschneiden; er müsse fortwährend spucken. — In der nächsten Zeit manchmal fleissig bei der Arbeit, dann wieder erregt, läuft in possenhaftem Aufzug einher, nennt sich Freiherrn von Ebe., früheren Artillerieoffizier. Vieles sieht theatralisch aus.

16. 3. 1882 als geheilt entlassen.

Im Juni desselben Jahres im Krankenhaus Karlsruhe: keine Zeichen von Geistesstörung, aber geistesschwach.

August 1882 wird Wiederaufnahme in die Klinik beantragt, aber abgelehnt.

Bettelt weiter. Oft bestraft. In den Strafakten, soweit sie noch vorhanden, keine Notizen über Geistesstörung.

Am 17. 12. 1895 wieder einmal aufgegriffen, stark angetrunken. In Haft. Verhandelt am 3. 1. 96. Verteidigt sich nach dem Protokoll lebhaft und nicht ungeschickt. Wegen Bettelns verurteilt. Nach dem gerichtsärztlichen Zeugnis vom 24. 12. 1895: körperlich gesund, chronischer Alkoholismus. Am 18. 2. ins Arbeitshaus überführt. Bei der Einlieferung schon auffallendes Benehmen. Gibt an, seit Sept. vor. Js. (seit der letzten Inhaftierung) nicht recht im Kopf zu sein, habe Figuren und Männchen, Leichen und Begräbniszüge gesehen, Angst. Das habe 3 — 4 Wochen gedauert, nur die Stimmen hätten fortbestanden. Im Arbeitshause vertrug er sich schlecht, die anderen schauen ihn an und verhöhnen ihn, Stimmen fragen ihn, ob er Bier trinken wolle, sagen ihm, er werde bald entlassen. Singen und Summen im Kopf. Dabei blühendes Aussehen.

II. Aufnahme in die Klinik am 20. 4. 1896. Facialisschwäche links. P. S. R. gesteigert. Feinschlägiger Tremor der Hände. Silbenstolpern, Pupillen eng, reagieren prompt. Kein Romberg. Ruhig, besonnen, orientiert. Sachgemäße Antworten. Erinnert sich gut an den ersten Aufenthalt. Gibt zu, seit dem 18. Jahre zu trinken. Bei der Arbeit 15—16 Glas Bier. Später auf der Wanderschaft mehr Schnaps. Gute Angaben über seine jetzige Krankheit (wie oben). Habe auch früher schon ähnliche Zustände gehabt. Nie Krämpfe, nie Ohnmachten.

Von Anfang an zeitweise sehr erregt, macht bestimmten

Wärtern Vorwürfe über sexuelle Attentate an seiner Person. Bezieht Äusserungen anderer auf sich. Deutliche Periodizität. Fängt ohne erkennbaren Grund plötzlich an zu schimpfen, dass man ihn „anhauche". Meist schon nach einigen Stunden wie ausgewechselt: freundlich, lacht über das ganze Gesicht, euphorisch, vollkommene Einsicht für die Erregung, verspricht geduldig zu sein. Manchmal mehrere solcher Erregungen an einem Tage, manchmal mehrere Tage frei. Es wird ihm Rotz ins Gesicht geschmiert, ins Gesicht gespuckt, die Natur abgetrieben, alle Schande vorgeworfen. In den ruhigen Zeiten gutmütig, humoristisch, militärische Allüren, Rededrang ohne Ideenflucht, nennt sich Baron. Arbeitet bald im Garten und in der Spülküche. Am 25. 9. während einer seiner Erregungen ein hysteriformer Zustand; sehr empfindlich, wenn man ihn bei der Visite nicht genügend beachtet. Nimmt gern Paraldehyd.

1897. 12. 1. In letzter Zeit häufig erregt. Jede Nacht eine Explosion. Schreibt grosse Eingaben. Bittet später, sie ja nicht abzusenden. Gute Laune und Humor kommen trotz des vielen Schimpfens immer wieder, und zwar oft ganz unerwartet, zum Vorschein. Gibt in ruhigen Zeiten zu, an Sinnestäuschungen zu leiden. Gutes Urteil. 27. 1. Fleissig. Häufige Erregungen mit lautem Räsonnieren, man rufe ihm sexuelle Bemerkungen zu, spiele an seinen Genitalien, treibe ihm die Natur ab. Sonst gutmütig, nicht ohne Humor, treffende Bemerkungen. Im April längere Zeit isoliert wegen häufiger Erregungen. Stundenweise volle Krankheitseinsicht, dann wieder zweifelnd, oft fest überzeugt, dass man ihm an die Genitalien fasse usw. 6. 7. Spricht von seiner Krankheit mit viel Humor. 27. 7. Ganz heiser vor Schreien. In der Folgezeit derselbe stete Wechsel. 12. 12. Erzählt von imperativen Stimmen.

1898. Unverändert. Immer kurze Zeit erregt.

3. 2. 1898 in die Pflegeanstalt übergeführt. Bittet, sich selber den begleitenden Wärter aussuchen zu dürfen.

Die Körpergewichtskurve fällt mit geringen Schwankungen von 67,5 auf 60 kg.

Bei der Krankengeschichte zahlreiche Briefe, nicht ungeschickt, oft mit viel Affekt, zahlreiche Details, genaue Daten. Meist Eingaben und Beschwerden. Darin viel über seine Halluzinationen und Beeinträchtigungsideen. Hört viel gemeine Redensarten. Sehr oft kehrt das Wort „schmeissen" wieder. „Mein Bruder wird auf mich geschmissen, auf dem Abort schmeissen sie einem eine Schweinerei ohne gleichen, hier schmeissen sie einen den ganzen Tag", usw. Dazwischen die „höflichste Bitte" um ein Fläschchen Sodawasser; dann wieder lange Knittelverse. Spricht öfter von seiner „Geisteskrankheit".

Seit Anfang 1898 in der Pflegeanstalt. In den ersten Jahren ganz unverändert. Immer zeitweise ruhig, arbeitet; dann wieder Halluzinationen, Schimpfen und Lärmen. Bittet fortwährend um Verlegung in andere Räume. Durch Verabreichung kleiner Dosen Alkohol leicht zu beschwichtigen. Stets besonnen, geordnet. Stimmen und Sensationen werden immer auf die Umgebung projiziert.

Von Mitte 1903 an ruhiger. Erregungen seltener. Arbeitet regelmäßig im Felde. Gar keine Krankheitseinsicht. „Dementeuphorisch, fleissig und lenkbar" (März 1904), äussert nichts mehr von Wahnideen. Aber immer noch schlechter Schlaf. Empfindlich gegen Bemerkungen der Umgebung. Juli 1904: Sehr fleissiger Arbeiter, eng umgrenzter Horizont, viel Entlassungswünsche.

19. 9. 1904 bei Besuch in der Anstalt: Geordnet, etwas misstrauisch. Ausgezeichnetes Gedächtnis für Vergangenheit. Es sei ihm gesagt worden, er habe das erste Mal in H. das Delirium gehabt. Korrigiert die zweite Periode gar nicht, sei auch im Gefängnis (1895—96) nicht krank gewesen. Nichts auffallendes, unnatürliches im Benehmen.*)

IX.

Michael Siff. aus St., geb. 15. 8. 1847, Tagelöhner. Aus schlechten Verhältnissen. Vater und Bruder dem Trunk ergeben. 1870 sechs Wochen Gefängnis wegen Körperverletzung. 1872 Heirat. Nach einer Aktennotiz von 1878: vertrinkt was er verdient, leichtsinnig, vernachlässigt Familie, bedroht Frau mit dem Messer. 1882 verlässt er Frau und 4 Kinder und zieht bettelnd und landstreichend umher. Bis 1880 nur Affektvergehen, von da an fast 50 Bettelstrafen. 3 mal im Arbeitshaus, 1887, 1889 und 1897. Beschuldigt die Frau der ehelichen Untreue. Giebt einmal 15 Schoppen und einige Schnäpse täglich zu, ein andermal: könne 30—40 Schoppen trinken, manchmal über 1 Liter Schnaps. 1887 in der chirurgischen Klinik, Lymphome am Hals. 1896 geschlechtskrank.

Am 1. 5. 1899 wegen Bettels in Heidelberg verurteilt. In der Haft erkrankte er in der Nacht zum 5. 5., sah eine Menge Leute vor der Tür mit zwei fertig aufgestellten Maschinen; man wolle ihn köpfen; Angst, schrie, wehrte sich. Am 5. 5. geordnet, orientiert, gibt mit Humor Auskunft über die Nacht. Sieht und hört nichts mehr. Bei Druck auf die Bulbi: ein Pferd, zwei Schiffe, ein Mann mit einer Kohlenschaufel. Tremor des ganzen Körpers, der Hände und Zunge.

5. 5. 1899 Überweisung in die Irrenklinik. Habe in der Nacht zum 4. 5. keine Ruhe gehabt, sah viele Leute, die

*) Anmerkung bei der Korrektur: Pat. ist Ende 1904 aus der Anstalt entlassen worden.

auf ihn los wollten, wüst im Kopf, als habe er eine Windmühle darin. In der vergangenen Nacht eine Masse Menschen, die ihn tot machen wollten, ein grosser rotscheckiger Hund; wenn er nachsah, war alles fort. Hörte auch Stimmen. Ähnliche Zustände früher höchstens im Traum. Besonnen, geordnet, örtlich und zeitlich orientiert, leidliches Verständnis für seinen Zustand. Grobschlägiger Tremor. Pu. gleich, reagieren. Reflexe lebhaft. Rachenkatarrh, Arteriosklerose.

6. 5. Frei von allen gestrigen Erscheinungen.

7. 5. Auch das Zittern der Hände und Zunge ist verschwunden Wird als geheilt bezeichnet.

9. 5. Ängstlich, hört: die Nacht wird er gefoltert.

11. 5. Verlangt auf eine andere Abteilung. „Tun Sie mir das Totenhemd aus". Man habe gesagt: „Um ½ 5 Uhr geht es los, jetzt gibt's keinen Aufschub mehr". Ähnliche Halluzinationen in den nächsten Tagen.

15. 5. Ganz ruhig, drängt auf Entlassung.

17. 5. Völlig ruhig und besonnen. Leugnet auffallend lebhaft die Halluzinationen.

31. 5. Ruhig, verlangt fort. Angeblich keine Halluzinationen mehr.

2. 6. 1899. Entlassen mit der Diagnose Delirium tremens. Körpergewichtszunahme von 2,5 kg.

Bettelt weiter. Im Winter 3mal zu je 14 Tagen Haft verurteilt.

Am 16. 5. 1900 mit einem starken Rausch ins Gefängnis gebracht. Soll ruhig und nicht delirant gewesen sein. Gegen Mittag plötzlich ängstlich, tobte, schrie, man wolle ihn aufhängen. Nachmittags liegt er zitternd auf seinem Bett, grosse Angst, ein schwarzer Mann schimpft und droht, ihn totzustechen. In der Zelle sei der Teufel und eine Menge Hunde und Ratten. Verwirrt, zeitlich und örtlich desorientiert, lebhafter Tremor.

II. Aufnahme in die Klinik am Abend des 16. 5. 1900. Grobschlägiger Tremor, spricht wenig, erkennt die Wärter wieder. Fragt ängstlich, ob man ihn umbringen wolle. Sieht bei Druck auf die Augen: Hunde, Ratten, Mäuse, Menschenmenge, Schutzmann. Kein Beschäftigungsdelir. Pu: links mittelweit, reagiert, rechts vordere Synechie (Verletzung im Januar d. Js.). Reflexe erhöht. Leidlich orientiert. Urin frei von Ew. und Z. Druckempfindlichkeit der Nervenstämme. Kann Löffel nur mit Mühe zum Munde führen.

21. 5. Trinkerhumor. Frau sei an allem schuld. Polyneuritis. Feinschlägiger Tremor.

26. 5. Polyneuritis fast ganz verschwunden. Tremor erheblich geringer. Keine Angst. — Im Juni gereizt, werde verfolgt

hört Stimmen, namentlich nachts. Berichtet morgens von den nächtlichen Verfolgungen. Werde von dem Nebenzimmer aus chloroformiert, woher kämen sonst die Blutflecken auf seinen Kissen. Gespannt.

In den nächsten Monaten viel Halluzinationen, vorwiegend abends und nachts. In der Regel ist es ein neu eingetretener Patient, der ihn abends bedroht und ihm nach dem Leben trachtet. Empört, wenn man ihm nicht glaubt. Will seine Feinde durch lautes Schimpfen und Zetern verscheuchen. Dabei besonnen, orientiert. Sehr unruhige Zeiten wechseln mit ruhigeren. Manchmal plötzliche Beruhigung und humoristische Stimmung. Im Ruhestadium korrigiert er nicht, spricht nicht gern über seine Ideen. Die Wärter beschmieren sein Bett mit Kot, man spuckt in seine Mahlzeiten. Beurteilt die andern Kranken gut, diszipliniert sie gern.

Von Januar 1901 an im ganzen ruhiger. Humor. Kein Arbeitsbedürfnis. Meist etwas abweisend, überlegen lächelnd. Steht stumpf und untätig umher. Gibt Stimmenhören zu. Misstrauisch, lässt sich nur mit Mühe explorieren. — Erzählt, er habe in einer Nacht vor etwa 15 Jahren Gott und den Heiland gesehen, welche die Füsse kreuzten: da habe es ihm am Kopfe gepackt und ihn niedergedrückt, wie mit Stricken sei er zu Boden gerissen worden und die ganze Nacht an der Erde gelegen. Nun sei der böse Geist in ihm. Früher sprach er ihm in die Ohren, jetzt sitzt er im Magen. Im Arbeitshaus sei er am meisten geplagt worden. 6 Nächte habe er nicht schlafen können, 3 und 4 Leute oder noch mehr habe der böse Geist da papeln lassen.

21. 3. 1901 in die Pflegeanstalt. Erzählt dort dieselbe visionäre Geschichte wie oben. Seitdem plage ihn der Teufel auf Gottes Befehl, mache ihm unangenehme Empfindungen im Leib. In Heidelberg müssten ihn die Ärzte auf Veranlassung des Teufels quälen. Arbeitet fast dauernd auf dem Felde. Queruliert viel.

1902. Zeitweis infolge von Sinnestäuschungen misstrauisch und erregt, dann wieder ruhig und fleissig, aber wenig zugänglich.

1903. Viel Geschmacks- und Geruchshalluzinationen. Schimpft zeitweise. Kot und Urin im Essen. Projiziert alles auf die Umgebung. Höhnisch, spöttisch.

1904. Stumpfer, arbeitet schon längere Zeit nicht. Zeitweise kurze Schimpfausbrüche auf Grund krankhafter Sensationen und Geschmackshalluzinationen.

19. 9. 1904. Bei Besuch in der Anstalt: anfangs misstrauisch, dann etwas offener. Hält an den Vergiftungsideen fest. Hier ist es wie in Heidelberg: Schmierseife in der Suppe, Faeces auf den Tellern, Sputa im Essen. Hört z. B.: „Warte, morgen machen wir ihm eine Brühe!“ Man wolle ihn fortwährend fort-

putzen. Gut orientiert, besonnen, affektvoll und gelegentlich ulkige Bemerkungen.

Das visionäre Erlebnis vor ca. 20 Jahren hält er fest. Erzählt eine unverständliche, ganz verworrene Geschichte darüber. Seit der Zeit höre er immer Singen wie von Engeln. Der Teufel kämpft mit den Kranken hier; spricht von den Göttern. Tut geheimnisvoll.

Fall VII entspricht am vollkommensten einem „unheilbar gewordenen halluzinatorischen Wahnsinn"; der Kranke, der ein Jahr zuvor schon einmal eine akute Halluzinose mit deliranten Beimengungen durchgemacht hatte, erkrankt akut mit Gehörstäuschungen und Verfolgungsideen; im Beginn mehrere Tage lang delirante Symptome; diese klingen ab und werden dauernd korrigiert, die akustischen Halluzinationen und Verfolgungsideen dauern fort. Keine wahnhafte Weiterbildung; Stimmung bald misstrauisch, bald humoristisch. Sehr ausgesprochene Periodizität; in den freien Zeiten anfangs Einsicht auch für die Verfolgungsideen. Die Schwankungen schwinden nach einigen Jahren. Fängt an zu arbeiten, mehr Interesse, aber noch nach 8 Jahren keinerlei Korrektur. Über Sensationen nur einige Andeutungen in der akuten Zeit. Auffallend ist nur die sporadische Angabe des Kranken, die Verfolgungen beständen schon seit einem Jahre vor der Aufnahme.

Der Kranke Ebe (VIII) zeigt in seinem ganzen Verhalten grosse Ähnlichkeit mit dem vorigen. Dieselben Schwankungen, dieselbe immer wieder vorübergehende Krankheitseinsicht, dasselbe humoristisch-misstrauische Benehmen. Auch er ist, etwa 8 Jahre nach Beginn, ruhig, fleissig, lenkbar geworden, auch er korrigiert zuletzt nicht im geringsten. Zum Unterschied von VII stehen aber bei ihm Sensationen, Geruchs- und Geschmackshalluzinationen während der ganzen Zeit im Vordergrund. Der delirante Beginn scheint, soweit das aus den Strafakten zu ermitteln war, nicht ganz akut gewesen zu sein und fällt auch erst eine Reihe von Wochen nach Eintritt der durch die Inhaftierung erzwungenen Abstinenz. Dazu kommt, dass der Kranke bereits 14 Jahre vorher eine Geistesstörung durchgemacht hat, deren Deutung als einer einfach alkoholischen keineswegs sicher ist.

Fall IX ist gleichfalls ausgezeichnet durch massenhafte Sensationen und Geschmackshalluzinationen. Auch bei ihm

besteht ein deutlicher Wechsel zwischen unruhigen und ruhigen Zeiten; jedoch er kommt nie zur Einsicht, wie die beiden andern. Er ist dauernd abweisend, hat aber Affekt behalten und zeigt humoristische Stimmung. Sein Zustand entwickelte sich im Anschluss an eine akute delirante Phase mit polyneuritischen Symptomen, die nur langsam abklang. 1 Jahr vorher hatte er bereits ein unvollkommen ausgebildetes, nicht ganz typisches Delir von 3—4 Tagen Dauer durchgemacht, für welches er auch nach 4 Wochen noch keine rechte Einsicht zu haben schien. Beachtenswert ist die mehrfach wiederholte, etwas verworrene Schilderung von einem kurzdauernden Zustand mit Visionen und vielleicht motorischen Symptomen, den er etwa in die Zeit datiert, als er Frau und Kinder verliess (vor jetzt ungefähr 20 Jahren).

Alle drei Patienten sind alte Landstreicher, die ihre ersten Bettelstrafen mit 25, resp. 22 und 33 Jahren erhalten hatten. Auch diese Tatsache kompliziert die Fälle in unerwünschter Weise. Von Wichtigkeit ist jedenfalls die in sehr vielen Zügen übereinstimmende Eigenart des Zustandsbildes, das sich wohl kaum in eine der z. Z. bekannten grossen Gruppen von Endzuständen einreihen lässt; höchstens bei IX könnte die Differentialdiagnose gegen die Dementia präcox in Betracht kommen.

Die Krankengeschichte eines Falles, der mit den vorstehenden mancherlei Berührungspunkte hat, möchte ich hier anfügen. Es handelt sich um einen Trinker, der mit halluzinose-ähnlichen Symptomen erkrankte, dann mehr als 13 Jahre ununterbrochen in Anstalten verpflegt wurde und jetzt wieder selbständig und ohne erkenntliche Störungen tätig ist; nur fehlt ihm jedes Verständnis für seine überstandene Krankheit.

X.

Friedrich Schwei. aus H., geb. den 25. 8. 1843. Drei Brüder durch Selbstmord geendet, 2 Schwestern der Mutter in Irrenanstalten. Normale Entwicklung. Bis zum 45. Jahre keine Zeichen geistiger Störung. 1880 zweite Ehe. Bald darauf starker Potus. Etwa 1881 ein Selbstmordversuch. Sehr eifersüchtig; hatte die Frau dauernd im Verdacht, sie schleppe Sachen aus dem Hause. In nüchternen Zeiten ruhig und ordentlich. Frau verliess ihn schliesslich. Anfang 1889 noch stärkeres Trinken. Gleichzeitig allmähliches Auftreten von Sinnestäuschungen und Verfolgungsideen. Soll einmal in 14 Tagen 80 Liter Wein

getrunken haben; Schnaps nur einmal vorübergehend in reichlichen Mengen. Nach dem bezirksärztlichen Zeugnis vom 17. 10. 1889: chronischer Alkoholismus und Verrücktheit. Behauptet, er werde vom Telephon und den Eisenbahnleuten beeinflusst; die Gedanken werden durcheinander gemacht, im Körper Zuckungen erzeugt. Seine Frau verstehe das Telephon und die Signale, sie tue ihm schädliche Sachen ins Essen. Lobt sich selber, schiebt alle Schuld auf andere. Schloss die Frau ein, nahm ihr die Kleider weg und beobachtete sie eifersüchtig.

18. 10. 1889. Aufnahme in die Klinik. Zittern der Hände und Zunge, chronischer Magenkatarrh, Lebervergrösserung. Glaubt sich vom Telephon bearbeitet, elektrische Zuckungen. Während des Aufenthaltes besserte sich das körperliche Befinden, und die Halluzinationen traten etwas zurück; es blieb eine „hochgradige geistige Schwäche". Untätig, gleichgültig. Als voraussichtlich unheilbar am 2. 4. 1890 in die Pflegeanstalt. Dort das gleiche Bild. Besonnen, orientiert, halluziniert weiter, hält an den Beeinträchtigungsideen fest. Habe in H. Schwefeldampf und andere schädliche Sachen zugeführt bekommen, sei von seinen Genossen am ganzen Körper gezerrt worden, sei in die Klinik „hineingezwungen worden wegen dem Lämpchenmachen", was so viel bedeute wie „sich verbürgen und Credit erhalten". Trotzdem keine Verfolgungsideen gegen die Ärzte. Gereizt, leicht erregt. Von Zeit zu Zeit, anfangs alle paar Wochen, nahm die Gereiztheit für einen bis mehrere Tage stark zu; schimpfte, zerriss, schrie, drohte. Nach etwa 2 Jahren wurden die halluzinatorischen Erregungen allmählich immer seltener. Nach einigen weiteren Jahren fing er an, sich etwas zu beschäftigen. 1901 bekam er freien Ausgang. Ruhig, geordnet. 7. 12. 1902 entwich er.

Januar 1904 wird bestätigt, dass er zu Hause solide lebt, nicht trinkt und fleissig arbeitet. Gegen die Frau sehr ablehnend. (Es darf nach den Akten als sicher angenommen werden, dass er Grund zur Eifersucht hat.) Im Lauf des Jahres weitere Besserung, Schwinden der Reizbarkeit. Umsichtiger Arbeiter. Entmündigung wird aufgehoben.

29. 9. 1904. Geordnet, fasst gut auf, affektvoll, durchaus nicht stumpf oder gleichgültig. Sehr präzise Angaben über die Zeit vor der Erkrankung. Bestreitet aber, jemals geisteskrank gewesen zu sein, bezeichnet die Notizen der Krankengeschichte als falsch. Leugnet Stimmen, hält aber daran fest, dass seine Frau ihm Schwefelblüten in die Suppe getan, ferner, dass sein Bruder ihm schon 1886 Pulver ins Gesicht gepritzt habe. Erinnerung für Daten und Namen aus der Krankheit gut. Manche Erinnerungen aus der ersten Zeit offenbar gefälscht. Kein Groll gegen die Ärzte, die ihn 13 Jahre widerrechtlich festgehalten haben.

Gegen die Frau die gleichen Beeinträchtigungsideen, ist aber versöhnlich gestimmt, will verzeihen. Über seine Vermögensverhältnisse gut orientiert. Hat seinen verwilderten Weinberg gut in Stand gesetzt und wieder ertragsfähig gemacht. Macht Eindruck eines rührigen, tätigen Menschen.

Es ist nicht schwer, auch in diesem Falle gegen die ätiologischen Beziehungen der langdauernden Erkrankung zum Alkoholmissbrauch die oben ausgeführten Bedenken geltend zu machen, und das wird schliesslich bei jedem einzelnen Falle möglich sein, solange nicht ein umfangreiches, gut durchgearbeitetes Material von gleichartigen Beobachtungen vorliegt, das alle Bedenken entkräftet, etwa in der Art, wie es in den letzten Jahren für die Korsakow'sche Psychose geschehen ist.

Von Fällen chronischer Halluzinose im Sinne Wernicke's stehen mir eigene Beobachtungen nicht zur Verfügung, wenn man nicht den Fall VII (Oskar Krau.) dahin rechnen will. Erwähnen möchte ich hier die weitere Entwicklung eines Falles aus der Wernicke'schen Klinik, welchen Bonhoeffer (Die akuten Geistesstörungen der Gewohnheitstrinker S. 178) als „systematisierende akute Halluzinose mit Übergang in progressive Wahnbildung" angeführt hat. Der Kranke (O. O.) hatte vier Anfälle von Halluzinose durchgemacht, nach dem vierten wurde er wegen chronisch progressiver Wahnbildung mit Beeinträchtigungs- und Grössenwahnsystem in die Provinzialirrenanstalt als voraussichtlich unheilbar abgeführt. Nach den Ermittlungen ist O. nicht ganz 10 Monate in der Anstalt geblieben. Er hielt sich ruhig, bescheiden und arbeitete fleissig. Die Halluzinationen und Wahnideen blieben bestehen, doch suchte er dieselben beständig zu dissimulieren. Er wurde auf Wunsch der Angehörigen als gebessert entlassen. (12. 1894). Nach einem sehr ausführlichen Bericht der Frau des Patienten (5. 9. 1904) leitet derselbe seit dem 1. 3. 1895 ein grösseres Kaufhaus. In den letzten Jahren ist er fast selbständig und hat sich das volle Vertrauen seines Chefs erworben. Er hat noch polnisch gelernt (Stenographieren schon in der Anstalt), ist sehr gewissenhaft und fleissig und geniesst regelmässig kleine Mengen Alkohol, ohne dass er jemals exzediert. Über seine Krankheit spricht er nie, korrigiert sie offenbar nicht im geringsten. Die Frau

hält ihn nicht für gesund, doch merke ausser ihr niemand davon etwas. Bei jeder Erinnerung an die alten Zeiten wird er misstrauisch und zittert am ganzen Körper. In den ersten Jahren drängte er noch oft fort, ohne Gründe anzugeben. Jetzt hat er sich gut eingelebt.

Weiter geklärt wird der Fall auch durch diese Mitteilungen nicht; ich habe sie angeführt, weil mir die anscheinende Übereinstimmung in dem Endzustande mit der Beobachtung X, vielleicht auch mit VII und VIII auffiel.

Die mitgeteilten Krankengeschichten können selbstverständlich nicht im entferntesten als Beispiele für alle Krankheitsformen gelten, für welche die Diagnose chronische Alkoholpsychose in Betracht kommt. Ich habe aus dem mir zur Verfügung stehenden Materiale diejenigen Fälle ausgesucht, bei welchen mir diese Diagnose am ernsthaftesten erwogen werden zu müssen schien. Sie können aber m. E. alle nur dazu benutzt werden, die Schwierigkeiten zu demonstrieren, die sich z. Z. noch der Deutung chronischer Psychosen als alkoholisch bedingter entgegen stellen.

Ich habe mich auf Beispiele von paranoiden Erkrankungen bei Trinkern beschränkt.

Hinzufügen möchte ich noch, dass ich mehrfach bei schweren Schnapssäufern mit Zügen des Korsakow'schen Symptomenkomplexes ganz phantastische Wahnbildungen und Confabulationen gesehen habe. Es erinnerten diese Fälle an die von Nasse und Luther angeführten Beobachtungen. .Bei denselben waren auffallend häufig extreme Grade von Arteriosklerose vorhanden.

V.

Die Ergebnisse der vorstehenden Betrachtungen sind vorwiegend negativ.

Unsere Kenntnisse von den ätiologischen Faktoren der psychischen Störungen sind dürftig und lückenhaft. Unsere Vorstellungen von denselben sind wahrscheinlich viel zu grob. Auch ist die klinische Psychiatrie noch nicht reif für die Lösung ätiologischer Fragen. Deshalb laufen wir bei jedem Versuch einer Gruppierung von Krankheitsbildern nach ätiologischen Prinzipien Gefahr, grobe Fehler zu begehen, und stossen auf die grössten Schwierigkeiten, wenn wir einzelne Krankheitsfälle auf bestimmte ursächliche Momente zurückführen wollen.

Alkoholismus und Geistesstörungen stehen in engen, schwer zu übersehenden Wechselbeziehungen.

Wir kennen einige spezifische akute Psychosen, die nach unserer bisherigen Erfahrung nur auf dem Boden des chronischen Alkoholismus entstehen; aber selbst bei diesen fehlt uns die Kenntnis einer ganzen Reihe jedenfalls wichtiger ätiologischer Zwischenglieder. Immerhin lehrt uns ihre Häufigkeit und die Gleichartigkeit ihrer Zustandsbilder und ihres gesetzmäßigen Verlaufes, dass enge ätiologische Beziehungen zwischen ihnen und dem Alkoholmissbrauch bestehen.

Diese Häufigkeit und Gleichmäßigkeit fehlt bei den chronischen psychischen Erkrankungen, die als alkoholische beschrieben werden. Eine Durchsicht der Literatur zeigt die weitgehende Verschiedenartigkeit der mitgeteilten Beobachtungen. Es ist unschwer, an ihnen Kritik zu üben.

Von der Mehrzahl der Autoren ist der Begriff Ätiologie nur sehr wenig scharf gefasst worden. Durch die Berücksichtigung dieser Tatsache wird ein Teil der Widersprüche in den Angaben verschiedener Autoren erklärt.

Die Frage der Alkoholparalyse hat eine weitgehende Aufklärung gefunden durch die Bereicherung unserer Kenntnisse von der progressiven Paralyse in klinischer und namentlich in pathologisch-anatomischer Hinsicht.

Die Frage, ob es chronische Psychosen gibt, die ausschliesslich durch Alkoholmissbrauch entstehen, kann m. E. auf Grund der bisher vorhandenen Literatur nicht mit Sicherheit in bejahendem Sinne beantwortet werden. Ebenso wenig kann natürlich a priori die Möglichkeit, dass solche vorkommen, bestritten werden.

Als begünstigender, auslösender Faktor, möglicherweise auch als Moment, welches dem Krankheitsbilde für den Beginn oder für die ganze Dauer eine bestimmte Färbung gibt, wird der chronische Alkoholismus zweifellos nicht selten herangezogen werden müssen. Bezüglich der Entscheidung der Frage, in welchem Grade das im einzelnen Falle zu geschehen hat, müssen wir uns, solange wir über die Ätiologie der Psychosen überhaupt noch so gut wie nichts wissen, die grösste Reserve auferlegen.

Die Korsakow'sche Psychose gehört wahrscheinlich nicht zu den chronischen Psychosen im engeren Sinne; sie stellt vielmehr, wie man z. Z. annehmen muss, einen residuären, nicht progredienten Zustand dar nach einer akuten groben Schädigung des Gehirns.

Literatur.

Alzheimer, Histologische Studien zur Differentialdiagnose der progressiven Paralyse. Histolog. u. histopatholog. Arbeiten von Nissl I. 1904.

Bonhoeffer, Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Jena 1901.

Ders., Zur Pathogenese des Delirium tremens. Berl. klin. Wochenschrift 1901.

Ders., Der Geisteszustand der Alkoholdeliranten. Habil. Schrift 1897.

Ders., Pathologisch-anatomische Untersuchungen an Alkoholdeliranten. Monatsschr. f. Psych. u. Neur., Bd. V.

Ders., Der Korsakow'sche Symptomenkomplex in seinen Beziehungen zu den verschiedenen Krankheitsformen. Referat. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 61. 1904.

Brierre de Boismont, De quelques nouvelles observations sur la Folie des ivrognes. Annales médico-psych. 1852.

Brody de Lamotte, De l'alcoolisme dans le délire chroniqne à évolution systématique. Thèse de Paris 1895.

Brosius, Über die sog. Pseudoparalyse. Irrenfreund 1868. Zitiert nach Dörr.

Camuset, Contribution à l'étude de la pseudo-paralysie générale d'origine alcoolique. Ann. méd.-psychol. 1883, II.

Cololian, Alcooliques persécutés. Thèse de Paris 1898.

Cramer, Artikel „Pathologische Anatomie der Psychosen" in dem Handbuch der pathologischen Anatomie des Nervensystems von Flatau, Jakobsohn und Minor. Berlin 1904.

Cullerre, Alcoolisme et délire des persécutions. Ann. méd.-psychol. 1875.

Dagonet, L'alcoolisme 1873.

Döllken, Die körperlichen Erscheinungen des Delirium tremens. Leipzig 1901.

Dörr, Eine eigenartige Form der paralytischen Geistesstörung bei Alkoholikern. Inaug.-Dissert. Bonn 1883.

Drouet, Étude clinique sur le diagnostic de la paralysie générale. Ann. médico-psych. 1871.
Dupré, Psychopathies organiques. In „Traité de pathologie mentale“ von Ballet 1903.
Gambus, De l'alcoolisme chronique terminé par paralysie générale. Thèse de Paris 1873.
Hoffmann, Fr., Ärztlicher Bericht der Irrenheilanstalt zu Siegburg 1862. Nach Dörr zitiert.
Ilberg, Der akute halluzinatorische Alkoholwahnsinn. Festschrift des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt 1899.
Kiefer, Über einige Fälle von chronischem Alkoholdelirium Inaug.-Diss. Breslau 1890.
Kirchhoff, Grundriss der Psychiatrie 1899.
Klewe, Über alkoholische Pseudoparalyse. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 52. 1896.
Kraepelin, Psychiatrie. VII. Auflage. Leipzig 1904.
v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. VII. Auflage 1903.
Luther, Zur Kasuistik der Geistesstörungen auf dem Boden des chronischen Alkoholismus. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 59, 1902.
Magnan, De l'alcoolisme, Paris 1874.
Ders., Leçons cliniques sur les maladies mentales 1897.
Marcé, Traité pratique des maladies mentales. Paris 1862.
Marcel, De la folie causée par l'abus des boissons alcooliques. Paris 1847.
Meyer, E., Über akute und chronische Alkoholpsychosen und über die ätiologische Bedeutung des chronischen Alkoholmissbrauches bei der Entstehung geistiger Störungen überhaupt. Archiv für Psych., Bd. 38, 1903.
Nasse, Zur Diagnose und Prognose der allgemeinen fortschreitenden Paralyse der Irren. Irrenfreund 1870. Zitiert nach Dörr.
Ders., Über den Verfolgungswahnsinn der geistesgestörten Trinker. Allg. Zeitschrift für Psych., Bd. 34, 1878.
Raecke, Zur Lehre von den chronischen Geistesstörungen der Trinker. Vortrag auf der 75. Vers. deutscher Naturforscher und Ärzte zu Cassel. 1903.
Ransohoff, Über Erinnerungstäuschungen bei Alkoholparalyse. Allg. Zeitschr. für Psych., Bd. 53, 1897.
Régis, Existence de tous les symptomes physiques et intellectuels de la paralysie générale chez un alcoolique. Ann. méd.-psych. 1881.
Ders., Manuel pratique de médecine mentale. II. Auflage 1892.
Roubinovitch, L'alcoolisme in „Traité de pathologie mentale“ von Ballet, 1902.

Schröder, Über die sog. Polioencephalitis hämorrhagia superior, Histolog. und histopatholog. Arbeiten von Nissl, II. 1905.
Schüle, Klinische Psychiatrie. III. Auflage 1896.
v. Speyr, Die alkoholischen Geisteskrankheiten im Basler Irrenhause. Inaug.-Diss. Basel 1882.
Tiling, Über alkoholische Paralyse und infektiöse Neuritis multiplex. Sammlung zwangloser Abhandlungen von Alt II. 1897.
Vedrani e Muggia, Psicosi alcoolica cronica paranoide. Giorn. di psich. e techn. manicom. 30. Bd., 1903.
Voisin, De l'état mental dans l'alcoolisme aigu et chronique. Ann. méd.-psychol. 1864.
Ders., Traité de la paralysie générale des aliénés. 1879.
Ders., Leçons cliniques sur les maladies mentales. 1883.
Wernicke, Grundriss der Psychiatrie. 1900.

Inhalt.

Seite

I Einleitung 3

II Die Alkoholparalyse 10

III. Die paranoischen resp. paranoiden Erkrankungen der Trinker 20

IV. Kasuistik 41

V. Schluss 78

Literaturverzeichnis 80